UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 121

De l'Endothéliome de l'Ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juillet 1907.

PAR

Jean ESPELET

Né à Alos-Sibas-Abense (Basses-Pyrénées), le 27 septembre 1882.

Ancien externe des hôpitaux

Examinateurs de la Thèse	MM. BOURSIER, professeur........	*Président*
	DEMONS, professeur..........	*Juges.*
	CHAVANNAZ, agrégé..........	
	VENOT, agrégé..................	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 121

De l'Endothéliome de l'Ovaire

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 26 Juillet 1907.

PAR

Jean ESPELET

Né à Alos-Sibas-Abense (Basses-Pyrénées), le 27 septembre 1882.

Ancien externe des hôpitaux

Examinateurs de la Thèse	MM. BOURSIER, professeur........	*Président*
	DEMONS, professeur..........	*Juges.*
	CHAVANNAZ, agrégé..........	
	VENOT, agrégé..................	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES............ Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY, MASSE .... Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne......	PICOT. PITRES.	Chimie..................	BLAREZ.
Clinique externe......	DEMONS. LANELONGUE.	Histoire naturelle.......	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY (en congé). MONGOUR (chargé).	Pharmacie..............	DUPOUY.
Thérapeutique........	ARNOZAN.	Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine opératoire..	VILLAR.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique..................	BADAL.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.	DENUCÉ
Anatomie............	N...	Clinique gynécologique.	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie...........	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants.	MOUSSOUS.
Physiologie...........	JOLYET.	Chimie biologique......	DENIGES.
Hygiène	LAYET.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine légale........	LANDE.	Pathologie exotique....	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale .	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....................	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires...........................	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.
Clinique des maladies mentales.................................	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT. | Accouchements..... MM. FIEUX. ANDÉRODIAS

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie .... MM. GENTES. CAVALIÉ. | Physiologie .... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle..... BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie............... M. BENECH. | Pharmacie .... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne	MM. RONDOT.
Accouchements...	ANDERODIAS.
Physiologie..	GAUTRELET.
Ophtalmologie	LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie.....................................	BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES COUSINES MARIE ET GRACIEUSE ESPELET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

INTRODUCTION

Au début de ce travail nous adressons à tous nos maitres qui nous ont dirigé dans le cours de nos études, tant à la Faculté que dans les Hôpitaux, nos plus sincères remerciements.

Nous avons suivi avec intérêt le service de M. le professeur Arnozan qui nous a initié à la pratique médicale. Nous ne saurions oublier les sages conseils de M. le docteur Courtin.

Nous avons appris, auprès de M. le professeur Bergonié, les premiers éléments de la radiothérapie et de l'électricité médicale. Nous ne pourrons ne pas nous en souvenir.

Nous devons toute notre reconnaissance à M. le professeur Chavannaz pour nous avoir confié l'observation, pivot de notre thèse.

Nous devons enfin des remerciements tout particuliers à M. le professeur Boursier. Il fut pour nous plus qu'un maître. Nous lui devons de connaître une des spécialités les plus nécessaires, la gynécologie. Aujourd'hui encore M. le professeur Boursier a bien voulu présider notre thèse. C'est un honneur dont nous ressentons tout le prix.

Nous sommes heureux de lui en exprimer toute notre gratitude. Nous lui en serons toujours reconnaissant.

Nous remercions enfin bien vivement M. le docteur Roche, chef de clinique gynécologique. de nous avoir inspiré ce travail. Il n'a cessé, depuis, de nous prodiguer ses conseils. Nous lui devons d'avoir mené à bien ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

Définition historique.

L'endothéliome est une tumeur qui naît aux dépens des cellules endothéliales des vaisseaux soit sanguins, soit le plus souvent lymphatiques.

L'endothéliome de l'ovaire retiendra seul ici notre attention

Le premier des cas publiés fut celui de Léopold en 1874 dans Archiv für Gynatology. C'était une tumeur de l'ovaire rencontrée chez une fillette de huit ans et présentant à la coupe une série de petits kystes provenant d'une ectasie des espaces lymphatiques. Il lui donna pour cela le nom de lymphangioma cystomatosum.

En 1876, Marchand publie deux cas. L'un comportait des kystes papillaires bilatéraux chez une femme de quarante-huit ans. A la coupe on voyait par places dans les mailles du tissu conjonctif des petites fentes dont l'endothélium proliférait activement.

Le deuxième concernait une tumeur du volume d'une pomme qui s'était développée dans un ovaire herniée à travers le canal inguinal. Le parenchyme du néoplasme se montrait essentiellement constitué par des tubes d'aspect glandulaire qui possédaient une membrane propre, hyaline, et ne conte-

naient jamais de globules rouges dans leur cavité (endothéliome lymphatique).

Olshausen, en 1881, étudiait un néoplasme provenant de l'autopsie d'une jeune fille de dix-sept ans et se caractérisant par l'existence de réseaux capillaires comblés de cellules rondes paraissant provenir de la prolifération de l'endothélium des vaisseaux sanguins. C'était le premier cas d'endothéliome sanguin.

En 1889, Eckard décrit une tumeur volumineuse présentant deux proéminences dont l'une se révèle à la coupe comme étant un kyste dermoïde et séparée par une capsule du reste de la tumeur. Cette dernière polykystique était constituée par des boyaux cellulaires solides contenant par places des lacunes irrégulières remplies de corpuscules rouges de sang. Ces formations auraient pour point de départ la dégénérescence des capillaires sanguins.

En 1890, Pomorski publie le cas très intéressant d'une tumeur volumineuse et s'annonçant macroscopiquement comme un kyste dermoïde à dégénérescence maligne. A la coupe on trouva un tissu rappelant à première vue le cancer. Une recherche plus attentive permit de reconnaître comme point de départ l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

En 1890 encore, Vitalis Muller ajoute un nouveau cas à la littérature médicale.

Dès lors les cas se multiplient. En 1904 Amann junior pouvait réunir 9 cas et en ajouter 5 personnels.

En 1895 Faguet, dans le journal de médecine de Bordeaux, cite le cas d'une femme de 48 ans, examinée le 8 octobre dans le service de M. le professeur Arnozan et opérée dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue.

La même année, Bellati dans *Il Poliklinico* t. II s. 164, cite un nouveau cas d'endothéliome.

En 1896, Guffroy peut rapporter un cas d'endothéliome lymphatique typique et en même temps réunir 16 tumeurs endothéliales de l'ovaire.

Pollach, en 1896 encore, décrit un nouveau cas. En même temps, il cite et critique les épithéliomes précédents et admet l'exactitude de leur diagnostic jusqu'au cas cité par Muller. Ici le point de départ de la prolifération reste indécis. Considérant les 5 cas d'Amann's junior, il ne peut enregistrer que 11 endothéliomes de l'ovaire.

En 1898, Trovati, dans *Annali di ost.* s. 201, cite le cas d'une femme de 28 ans porteuse d'un néoplasme de la grosseur d'une tête d'adulte.

L'examen microscopique révéla qu'on se trouvait en présence d'un endothéliome de l'ovaire.

Mirabeau, en 1899, porte leur nombre à 22. Il communique un cas personnel et fait en même temps une courte exposition sur les épithéliomes.

Dans la même année, Neuman et Krutenberg ajoutent encore un cas d'endothéliome.

Dans *American Journal of Obstetrics*, Henrotin et Herzog citent le cas très intéressant d'une malade, âgée de 48 ans, et médecin elle-même, opérée pour un endothéliome lymphatique de l'ovaire.

En 1900, Brouha, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, tome IV, p. 435, cite un nouveau cas et donne quelques aperçus sur la symptomatologie de l'endothéliome de l'ovaire.

La même année, Wiedershein et Linck, dans leur thèse inaugurale : le premier, à Friburg ; le second, à Kœnigsberg, ajoutent chacun un cas.

En 1901, Bruckner, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, Tome V, page 459, cite un cas dont il fait tout au long la description anatomique.

Haake, dans sa Thèse inaugurale à Halle, fait paraître quelques détails sur la tumeur endothéliale.

En 1902, Stander, dans *Zeitschrift f. Geb. und Gynakology*, traite de l'endothéliome et le range dans la catégorie sarcomes.

Soubeyran, dans *Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris*, cite le cas d'une malade entrée dans le service de

M. le Professeur Tédenat, opérée, le 9 février, pour une tumeur de l'ovaire droit. L'examen histologique montre la présence de tubes formés de cellules lymphatiques, ces cellules ayant la forme de cellules endothéliales qui s'hypertrophient.

Enfin, en février 1902, Apelt, dans sa thèse inaugurale, porte à 45 le nombre des observations d'endothéliomes de l'ovaire ayant paru jusqu'à lui et cite les 5 cas d'Amann's junior, 3 cas de Burckhard, un cas de Fabricius, un cas de Guffroy, un cas de Herz, un cas de Koetschan, un de Krukenberg, un de Lange, deux de Pick, trois de Rosinski, un de Mirabeau, un de Zangmeister, et en ajoute un personnel.

Désormais, plus connus et plus vulgarisés pour ainsi dire, les cas d'endothéliomes de l'ovaire se multiplient.

En 1903, Shurmann et Græfe, dans *Zeitschrift für Geburge und Gynakology,* ajoutent : le premier, un cas d'endothéliome; le second, un cas d'endothéliome et un cas de périthéliome de l'ovaire. « Nous parlerons du périthéliome dans l'article pathogénie et nous dirons pourquoi nous le rangeons parmi les endothéliomes ».

Godart, dans le *Mouvement Hygiénique de Bruxelles* et Lincoln dans *Cleveland medical Journal,* ajoutent encore un cas d'endothéliome.

En 1904, Heinricius d'Helsingfort, dans *Archiv. für Gynakology,* t. LXXIII, p. 323, cite le cas d'une malade ayant une tumeur volumineuse de consistance ferme, légèrement bosselée, et opérée le 22 janvier de la même année.

L'examen histologique de la tumeur démontre la présence de boyaux possédant une paroi propre formée de cellules endothéliales allongées dans l'intérieur de ces tubes.

Enfin en décembre 1905, Barbour, *dans Scottish medical and surgical journal,* faisait paraître une nouvelle observation.

Aux 45 observations d'Apelt réunies en 1902, Barbour ajoutait, mais sans en donner la provenance, 23 nouveaux cas ce qui porte à 68 le nombre d'observations d'endothéliomes de l'ovaire parues jusqu'à ce jour.

C'est, on le voit, une tumeur très rare. Les statistiques d'ailleurs le prouvent surabondamment.

En effet Schroder, parmi 600 tumeurs de l'ovaire, trouve 10 sarcomes, aucun endothéliome. Braun parmi 81 tumeurs, 4 sarcomes, aucun endothéliome.

Dans la clinique chirurgicale de Heidelberg on fit, de 1880 à 1893, 329 ovariotomies : 33 révèlent des sarcomes de l'ovaire, une seule un endothéliome.

Il est vrai de dire que ces tumeurs ne sont connues que depuis un temps relativement court. Depuis que l'attention a été attirée sur elles, leur nombre s'est rapidement accru. Il est probable que quelques-unes des tumeurs classées jusque-là dans la catégorie carcinomes ou sarcomes n'étaient autres que des endothéliomes.

Entre temps, M. le Professeur Chavannaz, remplaçant M. le professeur Boursier, notre maître enlevait par laparotomie une tumeur solide de l'ovaire de nature indéterminée cliniquement. L'examen microscopique fait par M. le Docteur Roche, chef de clinique gynécologique, révélait que cette tumeur n'était autre qu'un endothéliome. Il nous semblait intéressant de faire une étude clinique et microscopique de cette tumeur et de comparer les détails des observations parues jusqu'à ce jour avec ceux de notre cas.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Caractères microscopiques. — La forme de la tumeur rappelle assez exactement celle de l'ovaire normal. Elle présente généralement à sa surface une quantité de petits mamelons de dimensions variables dépassant toutefois rarement la grandeur d'une noisette. La tumeur ainsi faite donne bien l'impression d'une « grosse praline » suivant l'expression imagée du docteur Roche.

La tumeur est en totalité recouverte d'une fine capsule pourvue d'un endothélium. Elle a un aspect luisant, rappelant beaucoup celui de la séreuse péritonéale. Elle est en général lisse, de couleur blanchâtre, brillante et transparente, permettant parfois de voir au-dessous d'elle les vaisseaux sanguins dilatés. Son épaisseur varie d'un à deux millimètres.

Le volume varie à l'infini pouvant aller de la grosseur d'un œuf de poule comme dans le cas n° II d'Amann's junior à celle d'une tête d'homme, comme dans le cas n° 3 de Burckhard arrivant même comme dans le cas de Krukenberg à peser quatre kilos 480 grammes.

Le pédicule de la tumeur d'ordinaire assez large est constitué par le ligament de l'ovaire, le ligament large et parfois la terminaison utérine de la trompe.

La tumeur, en règle générale, est libre de toute adhérence et flotte dans la cavité péritonéale.

L'unilatéralité est fréquente dans les cas d'endothéliomes de l'ovaire environ 70 0/0. Nous en reparlerons à propos du pronostic.

La consistance de l'endothéliome est en général grande. Parfois, comme dans le cas de Bruckner, elle est d'une dureté ligneuse, rappelant tout à fait la consistance du fibrome. Parfois, cependant, par suite d'un processus dégénératif et la présence de cavités kystiques, la tumeur est rénitente, parfois même fluctuante.

A la coupe, on a l'aspect polykystique. Ces cavités étant mises à part, le tissu est parfois de consistance spongieuse ou médullaire. On trouve parfois une disposition lamellaire rappelant certains sarcomes kystiques du rein, mais le plus souvent le tissu est de couleur blanchâtre, d'une grande dureté, criant sous le scalpel mais plus succulent que le fibrome. On obtient par le raclage un suc plutôt clair, ne contenant que quelques éléments figurés. Ce suc coloré par le triacide d'Erlich montre des cellules volumineuses arrondies, parfois polygonales, très irrégulières, à noyaux volumineux, pouvant même renfermer plusieurs noyaux présentant ainsi l'aspect des cellules sarcomateuses. Le tissu a un aspect œdémateux. Il est constitué par de fines travées de tissu blanc nacré donnant l'impression de tissu conjonctif disposé en faisceaux plus ou moins volumineux et limitant entre eux des alvéoles de dimensions variables, mais en général petites et à contenu colloïde. Au centre, il est plus difficile de reconnaître la disposition fasciculée. Le tissu a une consistance plus molle.

On trouve parfois dans les cas d'endothéliomes de l'ovaire, des généralisations. Dans le cas de Bruckner, c'est la présence, sur la face antérieure du corps utérin, de deux petites tumeurs du volume d'un grain de mil, dures, blanchâtres et tranchant par là même sur le fond rouge de l'utérus qui fit soupçonner la malignité de la tumeur. Dans le cas cité par M. le Professeur Chavannaz, on trouve un noyau néoplasique hé-

patique. Dans le cas d'Abadie, on trouve toute une série de petites granulations recouvrant tout le péritoine.

Il est enfin bon de signaler la coexistence fréquente de l'endothéliome de l'ovaire avec d'autres tumeurs telles que kystes glandulaires (cas de Léopold) ou kystes dermoïdes (cas de Faguet, Eckard et Pomorski).

Anatomie Microscopique

Microscopiquement, la tumeur a un l'aspect très polymorphe. Revêtant ici l'aspect du carcinome, elle ressemble plus loin, à s'y méprendre, au sarcome à tel point, qu'à des coupes différentes correspondent des aspects tout différents. Une seule chose est constatée, c'est la prolifération des cellules endothéliales.

A un faible grossissement on trouve des alvéoles délimitées par du tissu conjonctif. Ces alvéoles de grandeur différente sont les unes énormes et ne contenant que peu de cellules, les autres petites, mais alors bourrées de cellules. Ces alvéoles affectent de préférence la forme allongée et sinueuse ressemblant ainsi à des tubes dont la lumière parfois très large, va par endroits se rétrécissant à tel point que les parois arrivent au contact. Les alvéoles restent en général indépendantes les unes des autres. Pas d'anastomoses.

Unissant ces cavités et interposées entre elles, on trouve un tissu conjonctif devenant plus dense sur une faible épaisseur tout autour d'elles. Ce tissu conjonctif très abondant par endroits n'intercepte entre ses mailles que de petites alvéoles. Plus loin au contraire, les alvéoles très grandes ne sont entourées que de quelques fibrilles. Au milieu du tissu conjonctif, mais en moins grand nombre d'ordinaire dans le tissu environnant immédiatement les alvéoles, on aperçoit des noyaux pour la plupart fusiformes.

Au premier aspect et à un faible grossissement, on voit donc des alvéoles qu'intercepte du tissu conjonctif.

Dans ces alvéoles on trouve :

1° Un mucus coagulé fixant les colorants protoplasmiques ;

2° Des éléments cellulaires.

Au centre de la tumeur l'aspect diffère peu. Ici le tissu conjonctif est plus jeune et les cavités, plus petites et moins nombreuses, sont bourrées de cellules.

Nulle part, au centre comme à la périphérie, l'endothélium des vaisseaux sanguins ne montre des apparences de végétations.

Jusqu'ici, on le voit, l'endothéliome ne présente rien qui puisse le faire différencier. Il ressemble parfois à un carcinome encéphaloïde ou squirrhe, suivant la prédominance des cellules ou du tissu conjonctif, parfois à un sarcome par la présence de cellules rondes ou fusiformes.

A l'aide du fort grossissement, l'aspect est encore très variable suivant les endroits considérés. Ici, les alvéoles n'ont pas de membrane propre et semblent creusées à l'emporte-pièce dans le tissu conjonctif, qui autour d'elles devient plus dense. Plus loin, au contraire, elles possèdent une paroi formée d'une seule couche de cellules affectant la forme allongée et rappelant en tous points l'aspect des cellules endothéliales.

En d'autres points encore, les alvéoles sont entourées d'une ou plusieurs couches de cellules cubiques tassées les unes contre les autres et dont les noyaux se trouvent au centre de la cellule.

Enfin d'autres alvéoles (et c'est ici le point intéressant) ont un revêtement composé par endroits d'une seule couche de cellules ayant le type endothélial, par endroits de plusieurs couches à type cubique, et par endroits enfin de cellules à type intermédiaire. Il en est ainsi dans le cas d'Apelt. Après avoir décrit les différents aspects de ses coupes, il trouve dans l'une de ses préparations « un tube dont une paroi est presque complètement ou même complètement occupée par des cellules endothéliales normales, pendant que du côté opposé sont des cellules endothéliales proliférées qui ne se distinguent en aucune manière des cellules des végéta-

tions décrites. Ce ne peut être dû, ajoute-t-il, à la préparation, car les cellules proliférées ne se trouvent pas toutes d'un côté. Et d'autre part, la paroi occupée par l'endothélium sain devrait montrer non une ligne droite, mais une ligne défigurée. De plus, on observe que les cellules, là où elles ont été séparées de force, pendent les unes aux autres par des prolongements fins. »

Cette constatation est de la plus haute importance, car elle permet de constater quel est le point de départ du néoplasme. Ainsi, peut également s'expliquer la présence de cellules cubiques. En effet, par leur prolifération et par suite leur tassement, les cellules endothéliales ont dû modifier leur forme et d'allongées qu'elles étaient devenir cubiques. On conçoit aussi que si cette prolifération s'accentue, les alvéoles que bordent ces cellules se remplissent elles-mêmes. Ainsi se forment aussi des cavités secondaires ou plutôt des pseudo-cavités.

Lorsque les alvéoles ne sont point complètement remplies par ces cellules ainsi proliférées, on trouve un mucus coagulé fixant les colorants protoplasmiques et contenant par endroits des globules sanguins.

En dehors de ces cavités, on trouve des cellules de différentes dimensions :

1° Des petites cellules ayant 8 à 12 μ de diamètre, à formes diverses, les unes polygonales, les autres étoilées et poussant des prolongements en tous sens, les autres enfin ovalaires. Toutes ces cellules possèdent un gros noyau ovalaire.

2° De grosses cellules que l'on retrouve dans toutes les préparations. Ce sont des cellules ayant de 18 à 25 μ de diamètre à forme ovalaire, disséminées un peu partout sans ordre, et sans prédilection pour l'intérieur des alvéoles. Elles sont parfois polynucléaires.

Quand elles ne contiennent qu'un seul noyau, ce noyau se trouve à l'un des pôles de la cellule affectant une forme spéciale, la forme en croissant et repoussant ainsi tout le proto-

plasme à l'autre pôle. Ce protoplasme très abondant est réfringent et contient parfois quelques vacuoles. C'est même cette vacuolisation, qui, d'après Brückner, rejetterait le noyau à l'une des extrémités de la cellule. Ces cellules se trouvent disséminées de-ci de-là dans la tumeur, mais le plus souvent au milieu du mucus contenu dans les alvéoles vides.

Parfois le noyau de ces cellules grossit, se gonfle, puis éclate disséminant ainsi son contenu dans tout l'intérieur de la cellule. Bruckner parle, dans son observation, de ce cas « qui, dit-il, change parfois l'aspect du néoplasme au point de lui donner celui d'un adéno-sarcome ».

C'est le phénomène de la déhiscence également observé pour les cellules par le Docteur Roche. Se gonflant, les cellules éclatent elles-mêmes et répandent ainsi leur contenu au milieu du mucus qui les entoure se confondant ainsi avec lui.

L'aspect de l'endothéliome de l'ovaire est, on le voit, afférent suivant les endroits considérés. Seule la présence par places de fentes, boyaux ou alvéoles dont l'endothélium, encore reconnaissable, prolifère activement, permet de porter le diagnostic d'endothéliome.

Pathogénie

On divise en deux groupes les cas d'endothéliomes.

1° Ceux qui sont nés d'une prolifération de l'endothélium des vaisseaux sanguins. Ce sont de beaucoup les moins fréquents. On n'en compte en effet que 4 sur 59 cas.

Ce sont les cas :

1° d'Olshausen. Ackermann.
2° d'Eckardt.
3° et 4° d'Amann's junior.

Encore est-il vrai de dire que les cas d'endothéliomes sanguins sont contestés 1° par Pick qui met en doute la valeur

des cas d'Olshausen et du n° 4 d'Amann's junior ; 2° par Wolkmann qui déclare incertain le cas d'Eckardt 3° par Brouha, pour qui le n° 3 d'Amann's junior n'est pas convaincant et qui croit que pas un seul cas d'endothéliome sanguin n'ait été cité qui soit irréfutable.

2° Ceux qui sont nés d'une profilération de l'endothélium du système vasculaire lymphatique.

Nous comprenons dans ces derniers, ceux qui sont issus des vaisseaux lymphatiques en général, comme aussi des fentes plasmatiques et des espaces lymphatiques périvasculaires.

Pour expliquer pourquoi nous rangions parmi les endothéliomes les tumeurs issues des fentes plasmatiques et des espaces lymphatiques périvasculaires, quelques données sont nécessaires.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques possèdent, on le sait, une structure analogue. Ce sont, en somme, des canalicules recouverts d'un endothélium.

Entre ces deux systèmes vasculaires se trouve inclus celui des canaux plasmatiques communiquant avec le système vasculaire sanguin au moyen des stigmates et avec le système lymphatique au moyen des stomates.

On conçoit dès lors qu'une tumeur prenant naissance au niveau des canalicules lymphatiques puisse envahir les fentes plasmatiques, puis le système vasculaire sanguin et vice-versa.

Kolaczek et bien d'autres ont d'ailleurs pu l'observer.

Passons maintenant aux tumeurs naissant au niveau des espaces lymphatiques périvasculaires, tumeurs dénommées périthéliomes.

En 1870, Eberth publiait une observation très intéressante.

Examinant des vaisseaux sanguins fraîchement retirés du cerveau et de la moelle dans une solution salée physiologique, il vit que leur adventice était limitée par un très fin revêtement entourant les vaisseaux d'une gaine délicate. Par la coloration au nitrate d'argent, il put observer une sorte de mosaïque dont les cases de forme polygonale contenaient un noyau. Il nomma l'ensemble de ces cellules « Périthélium ».

Les espaces formés par eux, communiquaient d'après lui avec les espaces sous-arachnoïdiens avec lesquels sont également reliés les lymphatiques de la pie-mère.

His senior indépendamment d'Eberth par ponction de la substance grise ou blanche, parvint à remplir des cavités du cerveau et de la moelle. Ces cavités étaient toutes parcourues par un vaisseau d'où le nom qu'il leur donna « Espaces périvasculaires ». Leur calibre était double, triple, parfois même quadruple des vaisseaux sanguins qu'ils entourent. Il prit ces espaces périvasculaires pour des espaces lymphatiques.

Il se trouve ainsi démontré par ces données de la littérature qu'il faut comprendre comme endothélium des espaces lymphatiques périvasculaires, ces formations désignées tantôt comme « périthélium » par Eberth, tantôt comme Cellules adventices. Par suite aussi, il se trouve que les tumeurs connues sous le nom de périthéliomes ne sont autres que des endothéliomes lymphatiques dont les cellules néoplasiques sont disposées autour des vaisseaux.

Telle est aussi l'opinion de Rothorm et de Mirabeau opinion que le dernier exprimait dans cette phrase « Les cas décrits comme endothéliomes des espaces périvasculaires sont identiques aux périthéliomes. »

Comment, à la coupe, différencier l'un de l'autre l'endothéliome sanguin de l'endothéliome lymphatique ?

La présence de globules sanguins dans l'intérieur d'un canalicule peut être une présomption en faveur d'un vaisseau sanguin. On peut songer toutefois à la possibilité de grandes extravasations sanguines dans le système lymphatique.

L'absence de globules ne prouve aucunement, d'après Kolaczeb que l'on ne puisse être en présence d'un vaisseau sanguin. Recklunghausen dit que dans les coupes fraîches les vaisseaux étaient farcis de globules sanguins et que préparées il n'en restait plus trace.

Mais si on a dans le champ du microscope des vaisseaux à forme régulière, ronds ou ovales en coupe transversale, presque parallèles en coupe longitudinale, il faut, d'après Mar-

chand et Heppel les considérer comme des vaisseaux sanguins, surtout s'ils ont un revêtement épithélial.

Si ce sont au contraire des canaux irréguliers de calibre et de direction variable, possédant un revêtement endothélial, on se trouve en face de lymphatiques. Le diagnostic est encore plus sûr si l'on peut à leur intérieur observer des masses de fibrine et de lymphe coagulée ou des globules blancs.

Si l'on voit des espaces étroits s'amincissant à chaque extrémité, on a d'après Pick et Pormorski des fentes plasmatiques.

Si l'on tombe enfin sur des cellules endothéliales en prolifération, on voit d'après Herz et Pomorski, à côté des cellules normales, d'autres cellules devenir plus grosses, se colorer d'une façon intensive et se fixer transversalement au lieu de rester le long de la cloison. La nouvelle formation augmentant, les cellules néoplasiques se juxtaposent les unes aux autres et ainsi se trouve bouché le calibre des vaisseaux.

On remarque souvent dans les endothéliomes des métamorphoses. Stroma, parois vasculaires et même tissu de la tumeur deviennent tissu hyalin ou myxomateux. La forme hyaline est de beaucoup la plus fréquente. L'adventice forme alors autour de la lumière une sorte de cylindre vitreux d'où le nom de « cylindrome » donné par Billroth à cette transformation de la tumeur endothéliale.

On en trouve d'après Braün et surtout dans les endothéliomes de la pie-mère, sous forme de balles concentriques et même en concrétions calcaires dans le parenchyme.

On comprend ainsi, d'après les formes les plus étranges que peut prendre l'endothéliome, pourquoi les noms les plus variés ont été donnés à ces tumeurs. Actuellement et grâce à Wirchow nous ne nous plaçons qu'au point de vue ontologique : « Il ne faut dit-il se laisser influencer pour la distinction d'une tumeur ni par sa constitution, ni par la nature de ses cellules, mais par le point de départ, par le tissu origine. »

En terminant ce chapitre pathogénie, nous parlerons d'une question qui se pose :

L'endothéliome est-il un carcinome ou un sarcome ?

Waldeyer se plaçant au point de vue morphologique, expliquait en 1900 que les endothéliums des séreuses sont des formations épithéliales, puisque ayant la même origine que les épithéliums extérieurs. On peut aussi, d'après lui, considérer embryogéniquement les vaisseaux comme provenant comme une invagination des téguments.

Cette opinion de Waldeyer faisant ainsi provenir de l'ectoderme l'endothélium des séreuses, nous semble excessive. Y rattacher les épithéliums digestifs et respiratoires, ces formations épendymaires,cela se conçoit encore, bien qu'en poussant le raisonnement à la limite, tous les tissus ont en dernière analyse une seule et même origine, l'ovule.

Contrairement à l'opinion de Waldeyer, et se plaçant, lui, au point de vue histogénique, His soutient que les cellules revêtant les cavités séreuses sont de tout autre nature que les épithéliums typiques.

Il en conclut que les endothéliums sont issus du tissu conjonctif et il range les néoplasmes qui en sont issus parmi les sarcomes.

Il faut enfin mentionner l'avis de Kolaczek qui fait des angiosarcomes de l'endothéliome.

Cette discussion, à savoir si l'endothéliome est un sarcome ou un carcinome nous semble inutile. Il importe peu de vouloir de force faire rentrer dans un groupe ou un autre des tumeurs qui ont une individualité propre. Peut-être même la plupart des tumeurs étiquetées carcinomes, sarcomes, déciduomes, devraient au contraire être rangées parmi les endothéliomes. Dans l'état actuel de la science, décrire ce que l'on voit, sans trop chercher à l'interpréter, nous semble plus utile. Nous laissons à nos successeurs le soin de faire une classification définitive de ces tumeurs.

Telle est aussi l'opinion de P. Delbet qui dans l'article « Sarcomes » tome I, page 606, disait : «Actuellement, il faut considérer la classe des sarcomes comme un groupe d'attente qui devra être tôt ou tard profondément remanié. »

CHAPITRE III

Etiologie. — Symptomatologie

L'étiologie de l'endothéliome nous paraît fort obscure.

L'hérédité ne semble pas pouvoir être indiquée comme cause de l'endothéliome de l'ovaire. Si l'on considère, en effet, les commémoratifs des cas cités jusqu'ici, il résulte que dan les familles des malades on ne trouve rien du côté ovarien.

L'âge semble davantage influer.

Malheureusement dans beaucoup de cas l'histoire clinique manque.

Pour les 51 cas connus on trouve :

De 1 à 10 ans	2 cas.
De 11 à 20 »	4 »
De 21 à 30 »	9 »
De 31 à 40 »	6 »
De 41 à 50 »	16 »
De 51 à 60 »	10 »
A plus de 60 ans	4 »

On peut donc conclure, d'après le relevé des observations connues jusqu'à ce jour, que l'endothéliome de l'ovaire est surtout fréquent de quarante et un à cinquante ans et ensuite de

cinquante et un à soixante ans. Le plus grand nombre des sarcomes de l'ovaire est également placé par Zangmeister dans le temps de la cessation des règles.

Les grossesses répétées ne peuvent non plus être invoquées comme étant une des causes prédisposantes de l'endothéliome.

Beaucoup il est vrai, la majorité même, sont des multipares, mais l'âge auquel sont atteintes ces malades explique cette multiparité. Il semble donc difficile de l'invoquer comme cause prédisposante de l'endothéliome. Mais la grossesse, comme on le voit dans le cas de Barbour, peut donner un coup de fouet au développement du néoplasme ovarien.

Jamais les malades n'ont invoqué de traumatisme.

L'étiologie de la tumeur est, on le voit, très peu connue.

L'âge seul, peut-être la ménopause par suite des modifications qu'elle apporte à l'ovaire, peuvent être invoqués comme causes prédisposantes de l'endothéliome.

SYMPTOMES

Symptômes fonctionnels

PÉRIODE DE DÉBUT

La maladie a une latence variable pouvant durer sans donner lieu à des phénomènes graves, 1, 2, 3 et même 4 ans. En général la marche est lente jusqu'aux derniers mois.

Le début est des plus variables. Une seule fois (cas cité par Burckhard) c'est en palpant son abdomen que la malade s'aperçoit de la présence de la tumeur.

Quelquefois, mais assez rarement (10 fois sur 38 cas connus), la maladie débuta par des douleurs localisées dans les deux fosses iliaques avec irradiation dans les lombes et les cuisses du côté correspondant. Elles sont continues et sans exacerbation.

Elles s'annoncent ordinairement comme une douleur sourde

dans le côté à la suite de la marche ou en douleurs aiguës dans le bas-ventre. Elles naissent enfin parfois par suite de la difficulté qu'éprouve la malade pour aller à la selle ou uriner (cas cités par Burckhard et Faguet).

Mais, en général (24 cas sur 39), on trouve au début des irrégularités de règles. Celles-ci de quantité et de durée normale deviennent sans cause apparente irrégulières. C'est presque toujours le 1er symptôme éveillant l'attention de la malade. Tel est le cas de la malade cité par Henrotin dans *Chicago Poliklinic.* « Les premiers symptômes, dit-elle, furent une menstruation irrégulière. »

Parfois, c'est l'abondance des règles qui pousse la malade à consulter un médecin. Les règles deviennent plus abondantes, ont une durée de 6, 7, 8 jours au lieu de 3, 4 qu'elles avaient normalement. Elles reviennent parfois 2 fois dans le mois avec caillots et s'accompagnant de douleurs.

Nous n'avons jamais vu de cas ayant débuté par de l'aménorrhée.

Parfois, enfin plusieurs de ces symptômes douleurs et hémorragies (4 sur 39) débutent à la fois.

En même temps que ces symptômes, on trouve à la période de début, mais non d'une façon constante de l'amaigrissement précoce. La malade se cachectise avec rapidité. Elle prend un aspect terreux, les yeux s'excavent, le nez s'effile. Elle prend, en un mot, le facies ovarien.

La durée de cette période est très variable. Elle peut ne durer qu'un temps très court, 2, 3 ou 4 mois ou au contraire rester 2, 3, quelquefois 6 ans sans apporter de modifications notables à l'état général de la malade. Il en est ainsi dans le cas de Fernand Henrotin dont la malade atteinte des premiers troubles de la menstruation en 1891 put exercer sa profession de médecin jusqu'en 1897.

PÉRIODE D'ÉTAT

Signes fonctionnels :

1° Douleurs. — Par suite de l'accroissement de la tumeur et de la compression qui en résulte, les douleurs vont s'accentuant au point de nécessiter parfois le repos complet au lit;

2° Troubles de la menstruation. — La fonction cataméniale, se modifie en général profondément. Quatre fois seulement sur les 39 cas dont l'histoire clinique est connue, les règles sont restées normales. Ce sont les cas de Pick, Rosinski, Apelt et Bruckner. Dans ce dernier cas, rien, pas même des douleurs vagues, n'attiraient l'attention du côté ovarien et ce n'est qu'en palpant son abdomen que la malade s'aperçut qu'elle portait une tumeur.

Parfois, mais rarement aussi, on constate de l'arrêt complet des règles ; il en est ainsi dans quatre des cas connus. Ce sont ceux de Fabricius, Herz, Barbour, et Henrotin.

Mais ce que l'on trouve le plus fréquemment dans les cas d'endothéliomes de l'ovaire, c'est de l'irrégularité. Les règles d'abord deviennent plus abondantes, ont ensuite une durée plus longue, reviennent deux, trois fois dans le mois, au point que parfois les pertes rouges deviennent continuelles, ne cessant que deux ou trois jours dans le mois. Nous n'avons noté qu'une seule fois (cas de M. Chavannaz) une diminution, d'abondance. Encore est-il vrai de dire qu'à cette diminution peu accusée du reste, succéda dans les derniers mois de la maladie une augmentation d'abondance.

Pertes anormales. — Nous n'avons trouvé que trois fois sur les observations connues la présence de pertes blanches, mais non fétides.

Troubles dus à la compression. — Par suite de la compression des vaisseaux, on trouve de l'œdème se localisant dans les membres inférieurs. Ce symptôme s'observe avec assez de rareté

parce que la douleur vive et continuelle et l'accroissement rapide du ventre par suite de l'ascite, poussent la malade vers l'opération.

On observe parfois de la compression des viscères, compression s'exerçant tantôt sur la vessie d'où comme conséquence de la dysurie (cas de Faguet et de Barbour) tantôt sur le rectum d'où douleurs à la défécation et secondairement constipation.

Par suite de l'ascite qui devient en certains cas très abondante, il peut y avoir, dans les derniers temps de l'affection, compression de l'estomac qui ne peut plus garder les aliments ingérés.

Etat général. — On note, mais assez rarement, des modifications de l'état général. La malade perd tout appétit, s'amaigrit et se cachectise rapidement.

En somme, les signes fonctionnels de l'endothéliome sont : douleurs dans les fosses iliaques avec irradiations, irrégularité des règles, quelquefois pertes anormales, troubles dus à la compression des vaisseaux et des viscères et modifications de l'état général.

Signes physiques

On les observe rarement à la période de début, les malades ne consultant qu'à la période d'Etat.

On constate alors :

1° *A l'inspection*. — Un ventre volumineux, quelquefois mais rarement saillant en avant, le plus souvent étalé sur les bords. Pas de circulation complémentaire. La cicatrice ombilicale n'est pas déplissée.

On trouve parfois comme dans le cas cité par Barbour de l'asymétrie, On constatait en effet à la seule inspection une proéminence plus marquée du côté droit que du côté gauche.

2° *A la palpation*. — La palpation superficielle éveille parfois une douleur très marquée au niveau des fosses iliaques et de l'ombilic (Cas cité par M. le Professeur Chavannaz).

La palpation profonde révèle la présence d'une tumeur occupant les fosses iliaques remontant parfois très haut (un travers de doigt au-dessus de l'ombilic dans le cas de M. Chavannaz), tumeur de consistance variable, même chez une seule malade, rénitente en certains points, très dure en certains autres, à surface irrégulière et bosselée et dont la mobilisation dans le sens vertical ou latéral éveille peu de douleurs.

On trouve encore, à la palpation, de l'ascite que l'on rencontre presque toujours dans les cas d'endothéliome et rarement des froissements neigeux.

3° *Au toucher.* — On constate que la tumeur est ovarienne et qu'elle est indépendante de l'utérus sur lequel on sent parfois (cas de Barbour) des nodules néoplasques. Cette constatation a son importance puisqu'elle permet d'affirmer le caractère malin de la tumeur. On note ensuite son siège dans les fosses iliaques, son volume pouvant aller de la grosseur d'un œuf de poule à celui d'une tête d'homme : sa consistance tantôt rénitente faisant ainsi songer à un kyste de l'ovaire (cas de Burckhard) et tantôt d'une dureté ligneuse au point d'en imposer pour un fibrome. A la surface extérieure de la tumeur on sent des bosselures qui sont la règle dans les cas d'endothéliomes.

En général, les tumeurs endothéliales restent mobiles, se déplaçant dans le sens latéral et dans le sens vertical, donnant parfois même l'impression de ballottement.

On constate enfin l'unilatéralité fréquente de la lésion (35 cas sur 48).

Le toucher rectal a également son importance. Dans le cas cité par Barbour, il permit de constater la présence d'un nodule néoplasique situé sur la face antérieure du rectum. Fait avant l'opération, il en eût peut-être été une contre indication.

L'hystérométrie, enfin, peut être utile dans les cas où le diagnostic est hésitant entre tumeur utérine ou tumeur ovarienne. La longueur normale de l'utérus tranchera la question en faveur de cette dernière.

CHAPITRE IV

Diagnostic. — Traitement. — Pronostic.

Le diagnostic d'endothéliome de l'ovaire, est, pour ainsi dire, impossible à porter. Rien ne peut différencier en effet les tumeurs endothéliales des sarcomes, carcinomes épithéliomes, ou fibromes à allure maligne tels qu'ils ont été décrits dans sa thèse par M. le docteur Codet-Boisse. Le diagnostic d'ailleurs n'a jamais été porté jusqu'à ce jour.

Dans le relevé des observations, nous trouvons le diagnostic de kyste simple porté quatre fois :

1° 3 fois par Burckhard ;
2° 1 fois par Trovati ;

de kyste papillaire 1 fois par Soubeyran ;
de carcinome 2 fois :

1° par Pick, cas n° 1;
2° par Rosinski, cas n° 2 ;

de sarcomes 3 fois :

1° par Pick, cas n° 2;
2° par Rosinski, cas n° 1 ;
3° par Apelt;

de tumeur maligne 1 fois par Mirabeau;
de tumeur solide, 1 fois par Brouha ;
de fibrome, 1 fois par Bruckner ;
de péritonite tuberculeuse avec réserves sur la nature de la tumeur ovarienne, 1 fois par Abadie.
de cysto-épithéliome, 1 fois, cas de Faguet.

Il importe d'ailleurs fort peu de porter le diagnostic d'endothéliome puisque pour toute tumeur de l'ovaire le traitement

reste le même. Il consiste en l'extirpation la plus rapide possible de la tumeur. L'extirpation des deux ovaires nous semble indiquée si la malade est ménopausique ou d'un âge avancé. Si la malade est jeune et si l'un des ovaires semble normal, il nous paraît préférable, étant donnée l'unilatéralité fréquente de la tumeur (35 sur 48 cas), de garder à la malade l'espoir d'une grossesse ultérieure.

Cette conduite nous la basons d'abord sur les cas précédents. Dans le cas d'Apelt par exemple, la patiente exprime elle-même le désir de conserver la faculté de concevoir. Le professeur Menge lui laisse l'ovaire gauche, l'âge de la malade étant moyen et parce qu'elle n'avait eu qu'une grossesse antérieure. La suite donna d'ailleurs raison à la conduite du professeur Menge. La malade n'eut pas de récidive et redevint enceinte.

La statistique ensuite est excellente. Des vingt malades ainsi opérées, c'est-à-dire à qui on n'enleva que l'ovaire malade, huit peuvent être considérées comme guéries ; six en effet ont été suivies pendant plus de trois ans ; une septième mourait trois ans après l'opération ; une huitième enfin, celle citée par Henrotin pouvait écrire deux ans après l'opération : « Je fus malheureuse et désespérée durant dix mois après l'opération mais actuellement je vais bien mieux.

Des 12 autres, 3 ne guérirent pas de l'opération ; l'une d'entre elles, celle citée dans le cas de Trovati, mourut 2 jours après de septicémie péritonéale ; une 4e celle de Brouha mourut 27 jours après d'asthénie cardiaque ; une 5e mourut après 4 semaines. Des 7 autres on ne dit rien. Aucune observation ne parle de récidive dans l'ovaire laissé en place.

Actuellement, la chirurgie penche pour la castration double dans les cas de tumeurs malignes de l'ovaire. Les statistiques démontrent qu'il n'y a pas d'indication spéciale à tenir cette conduite dans les cas d'endothéliomes.

Nous baserons notre pronostic sur l'évolution ultérieure de la maladie après l'extirpation de la tumeur.

Nous avons pu réunir 51 cas d'endothéliomes. Sur ces 51 cas, 43 seulement ont une histoire clinique assez complète.

Sur ces 48 cas observés :

19 malades sont mortes ;
1 morte pendant l'opération, Von Velitz ;
3 de septicémie péritonéale,
Pomorski, Trovati (2 jours après), Henrotin (9 jours après) ;
1 d'ascite après 6 semaines, Kotshau ;
1 d'hémorragie après ulcère de l'estomac, Voigt cas n° II ;
2 de métastase des intestins, Barbour, Marchand 2 ans après ;
2 de récidive après 7 et 8 semaines, Zangmeister, Pick n° 1 ;
1 après un an, Heinricius ;
7 peu de temps après, Ackermann, Amann 2e cas, Burckhard 2e cas, Eckard, Frankel 3e cas, Mirabeau, Rosinski, Glockner.

Guérison de 12 cas, jusqu'au moment que nous allons indiquer :

3 mois, 1 cas, Burckhard ;
9 mois, 2 cas, Neumann, Pick ;
1 an, 6 cas, Apelt, Herz, Lange, Guffroy, Fabricius, Rosinski 3e cas ;
2 ans, 1 cas, Henrotin ;
2 ans et 9 mois, 1 cas, Krutenberg ;
5 ans, 1 cas, Rosinski.

Dans dix cas il est simplement dit comme dans le cas de Bruckner, que les malades sortent après guérison de l'hôpital.

Dans un dernier cas, celui d'Abadie, l'amélioration n'est pas notable à la sortie de l'hôpital.

On voit aussi par l'évolution postérieure de la tumeur que le pronostic est relativement bénin. On trouve en effet sur les trois cas observés, douze guérisons et seulement trois cas de récidive et trois cas de métastase, deux dans les intestins (cas d'Henrotin et de Marchand) et l'autre au foie constaté pendant l'opération dans le cas de M. le Docteur Chavannaz.

Aussi l'opinion qu'émettait en 1900 Kotshau nous semble-t-elle exagérée lorsqu'il se prononce contre la cure radicale aussitôt qu'apparaissent les premiers signes de cachexie. Car,

dit-il, le soulagement est trop court et les difficultés opératoires trop grandes.

En effet, même dans les cas où la tumeur s'accroit avec une rapidité extraordinaire si l'exploration gynécologique peut trouver la mobilité de ces tumeurs et la non-formation de complications secondaires l'opération doit toujours être tentée exception faite toutefois des contre-indications tirées de l'état général de la malade, albuminurie, diabète, troubles cardiaques, cachexie avancée, etc., etc.

CHAPITRE V

OBSERVATION I

Amann's j unide, Centralblatt für gynatologie, 1893.

Endothéliome du système vasculaire sanguin.

CAS N° 1.

Femme âgée de quarante-huit ans, ayant une tumeur double des ovaires et un peu d'ascite depuis un mois environ. Tuméfaction du corps et douleur.

Opération. Laparotomie. — Ablation des tumeurs pesant ensemble 870 grammes. Guérison.

Ces tumeurs sont toutes deux solides, grosses comme une tête d'enfant et formées d'une masse en grande partie fongueuse et molle. Microscopiquement, il y a des assises de cellules qui forment en partie des cavités centrales. Les cellules sont radiées. On pourrait de plus observer de très fins canalicules dont un côté présente encore un endothélium normal, tandis que de l'autre, les cellules fusiformes sont en épaisse stratification. Par le contenu des cavités on peut reconnaître que le point de départ de la prolifération est l'endothélium des capillaires sanguins.

D'où endothéliome du système vasculaire sanguin.

OBSERVATION II

Amann's j unide, Centralblatt für gynatologie, 1893.

Endothéliome du système vasculaire sanguin.

CAS N° 2.

Femme enceinte, vingt-cinq ans. L'ovaire gauche situé dans une hernie inguinale s'est changé il y a deux mois en une tumeur bosselée, de la taille d'une petite poire. Ablation de la tumeur par opération. Guérison. La tumeur est solide et formée d'une masse molle régulièrement rouge.

Microscopiquement, le stroma semble fortement infiltré de telle sorte que l'on peut reconnaître difficilement le dépôt alvéolaire des masses cellulaires néoplasiques. Mais les endothéliums des capillaires sanguins se montrent en pleine prolifération. Cependant on ne peut prouver de façon sûre leurs connexions avec les collections cellulaires néoplasiques.

Il en résulte qu'il n'y a seulement qu'une grande vraisemblance que cette tumeur soit un endothéliome du système vasculaire sanguin.

OBSERVATION III

Faguet, Journal de médecine de Bordeaux, 10 mars 1895.

Kyste dermoïde et endothéliome.

C... Jeanne, ménagère, soixante ans, entre à l'Hôpital Saint-André dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue, le 15 octobre 1894.

Pas d'antécédents héréditaires.

P. R. à dix-sept ans. Mariée à dix-neuf ans. Deux grossesses, accouchements et suites de couches normales. Pleuro-pneumonie à trente-six ans. Ménopause à cinquante ans.

Au mois de mai la malade éprouve des troubles de la miction. Besoins fréquents et impérieux : dysurie.

Au mois d'août son ventre augmente de volume et la malade perçoit une tumeur du volume du poing siégeant dans la fosse iliaque droite. L'augmentation de volume se fait dès lors d'une façon progressive et uniforme et la tumeur observée par la malade n'est bientôt plus perceptible au palper. En même temps que ces symptômes s'aggravaient, cette femme s'amaigrissait et voyait ses forces diminuer dans de notables proportions.

Examinée le 8 octobre dans le service de M. le professeur Arnozan, on constate les signes suivants :

L'abdomen est anormalement développé, à peu près symétrique ; pas d'altération de la peau ; légère dilatation des veines sous-cutanées abdominales. La face, le thorax, les membres supérieurs et inférieurs sont très amaigris. A la palpation, l'abdomen est assez tendu ; fluctuation très nettement transmissible d'un hypocondre à l'autre. En aucun point les doigts ne parviennent à percevoir une tumeur.

Percussion. — Matité absolue dans les flancs et dans une grande étendue de la région abdominale antérieure. A ce niveau la ligne de matité dessine une courbe remontant très haut dans le flanc droit, tandis qu'à gauche elle n'atteint pas l'ombilic autour duquel on trouve la sonorité caractéristique des anses de l'intestin grêle. La matité des flancs se déplace dans les changements de position de la malade ; il n'y a pas de doute sur la présence d'un épanchement ascitique.

Toucher vaginal. — Utérus petit, mobile ; annexes non perceptibles.

Urines 1.500 à 1.600 grammes par vingt-quatre heures. Ni sucre, ni albumine.

Appareil digestif. — Appétit diminué, digestions pénibles, gonflement épigastrique après les repas ; selles régulières : tendance à la constipation. Foie difficile à délimiter.

Appareil respiratoire. — Un peu d'essouflement, percussion, submatité à la base gauche.

Auscultation, râles sous-crépitants aux deux bases. M. le professeur Arnozan fait une ponction le 9 octobre et retire cinq litres et demi d'un liquide citrin. Un nouvel examen permet alors de constater l'exis-

tence d'une volumineuse tumeur de consistance molle, fluctuante même en certains points et plongeant dans l'excavation pelvienne.

La malade est renvoyée au service de M. le professeur Lanelongue.

État actuel (15 octobre). — L'ascite s'est en partie reproduite et gêne notablement l'exploration de l'abdomen. L'examen sous le chloroforme permet de voir que la tumeur est en partie solide et en partie liquide. Cette dernière portion est la plus volumineuse. Elle occupe l'hypogastre du côté droit, dépasse la ligne médiane, s'enfonce en bas profondément dans l'excavation pelvienne et remonte en haut jusqu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La matité est absolue sur toute l'étendue du néoplasme qui possède un certain degré de mobilité latérale.

Le toucher vaginal, après cathétérisme de la vessie, permet de constater les signes suivants : Rectocèle vaginale, col de l'utérus normal dans sa configuration, mais dévié du côté droit. Utérus petit, mobile, indépendant de la tumeur qui fait salllie dans les culs-de-sac antérieur latéral droit et postérieur. A ce niveau on perçoit une partie du néoplasme dont la consistance est dure et la surface irrégulière mamelonnée. Diagnostic : Cysto-épithéliome de l'ovaire droit.

19 octobre 1894. — Ovariotomie. Issue d'une certaine quantité de liquide ascitique. Quelques adhérences lâches unissent la tumeur à l'épiploon. Ablation facile du néoplasme développé aux dépens de l'ovaire droit.

L'ovaire gauche petit scléro-kystique est enlevé.

Suites opératoires excellentes.

Jeanne C..., guérie, quitte l'hôpital le 12 novembre 1894.

Examen de la tumeur. — Macroscopiquement le néoplasme est formé de deux portions, l'une kystique de beaucoup la plus volumineuse, l'autre solide.

La partie kystique a la forme d'une tête de fœtus à terme, sa forme est régulièrement arrondie. Son contenu est constitué par un liquide de consistance sirupeuse, de coloration jaune sucre d'orge, renfermant des paillettes de cholestérine. On y trouve aussi une assez grande quantité de cheveux noirs, fins, agglutinés les uns aux autres et roulés en pelotons inextricables. La face interne de la paroi kystique est lisse et on y voit implantés des poils en assez grand nombre.

L'épaisseur de cette paroi varie, suivant les points où on l'examine, de quelques millimètres à un centimètre.

La portion solide située à la partie inférieure de la précédente à laquelle elle est très intimement unie, a le volume d'une mandarine. Elle est friable, irrégulière à sa surface, de consistance assez molle.

Examen histologique. — Des fragments de la tumeur sont pris en différents endroits.

Portion dermoïde. — On retrouve dans la paroi tous les éléments que l'on rencontre ordinairement dans les parois des kystes dermoïdes les diverses couches de l'épiderme et du derme, des poils avec leur follicule, des glandes sébacées très nettes, des glandes sudoripares rudimentaires, etc.

La portion exclusivement solide de la tumeur est formée par des faisceaux de tissu conjonctif fasciculé constituant une sorte de tissu réticulaire, dans les alvéoles duquel se trouvent en grand nombre des cellules épithélioïdes de forme et de volume variables à noyaux très apparents.

On rencontre en outre, un grand nombre de fentes lymphatiques avec des cellules d'endothélium au milieu de la substance interstitielle de nature conjonctive.

Les vaisseaux sanguins qui existent dans cette zone n'ont pas de paroi propre.

En résumé, tumeur mixte de l'ovaire droit, kyste dermoïde et endothéliome.

OBSERVATION IV

(Archivio Italiano di Ginecologia, avril 1898, p. 316)

R. B..., vingt-huit ans, nubile. Antécédents héréditaires nuls. Première menstruation à seize ans; les menstruations ont toujours été courtes et interrompues régulièrement par une aménorrhée de deux à trois mois. Depuis six à sept mois elle souffre de troubles généraux amenant un amaigrissement notable.

Aspect cachectique et souffrant, abdomen rendu proéminent par une tumeur facilement appréciable par la palpation externe.

La tumeur est dure, élastique, nettement fluctuante et occupe le quart inférieur gauche de l'abdomen, rejoignant avec sa limite supérieure, la cicatrice ombilicale.

Au toucher vaginal, matrice petite, mise en rétroflexion, placée à droite de la tumeur qui est fixée au bassin par des adhérences au petit bassin.

On diagnostique un kystome de l'ovaire gauche.

Le 24 février 1897 on procède à l'opération. On extrait plus d'un litre d'un liquide (citrin) transparent. On extrait par fragments la partie de tumeur qu'il est possible d'extirper, étant données les nombreuses et solides adhérences qui retiennent la masse néoplasique au petit bassin et aux organes voisins. On a formé ainsi un large moignon qui se suture à l'angle inférieur de la cavité abdominale.

Deux jours après, mort par péritonite.

A joindre aux faits relevés à l'opération le rapport de l'autopsie qui complète la description de la tumeur.

Examen macroscopique. — Le néoplasme qui s'est développé de préférence dans l'ovaire gauche a la grosseur d'une tête d'adulte; il est constitué par un parenchyme d'aspect macroscopique nettement fibromateux et par deux cavités kystiques à superficie interne irrégulière, à contenu séreux, citrin, et dont les parois antérieures mesurent environ un demi-centimètre d'épaisseur, tandis que dans la partie la plus haute elles deviennent beaucoup plus épaisses. En ce point, il semble qu'il n'existe aucun nodule néoplasique fibromateux.

Dans la masse de la tumeur on peut distinguer trois lobes dont un, l'antérieur, a l'aspect d'un cordon descendant en sens oblique, à l'extrémité duquel on observe de petites excroissances disposées en rosette autour d'un orifice. Ce cordon est formé par la trompe envahie de tissus néoplasiques agglomérés avec la néoformation ovarienne.

La masse interne de la tumeur est fortement rattachée au petit bassin.

L'ovaire de droite de la grosseur d'un poing d'adulte est entièrement envahi de tissu néoplasique. La trompe est saine.

D'après le rapport de l'autopsie,il ne semble pas qu'on ait recherché s'il existait des métastases dans les autres organes viscéraux.

Examen microscopique. — Les figures résultant de l'examen micros-

copique sont variées; elles peuvent se réduire à ce concept synthétique : présence de cellules épithéliales polymorphes dans les vaisseaux lymphatiques et dans les espaces lymphatiques d'un stroma conjonctif. Les vaisseaux sanguins ne prennent aucune part au processus ; on les voit çà et là gardant toute l'intégrité de leurs tuniques, environnés par les lacunes et les vaisseaux lymphatiques remplis de cellules néoplasiques.

Du résultat de l'examen histologique on doit conclure à un endothéliome ;

1° Parce que la présence d'éléments épithéliaux accumulés dans un stroma conjonctif exprime la synthèse d'une telle néoformation ;

2° Parce que les coupes microscopiques observées prouvent suffisamment par elles-mêmes la prolifération néoformative des endothéliums lymphatiques.

Les autres raisons qui amènent à exclure une néoformation carcinomateuse sont :

1° L'absence d'éléments pour démontrer par l'histogénèse la nature carcinomateuse de la tumeur. On ne trouve en effet dans l'ovaire aucun moyen d'établir un rapport quelconque entre les formations épithéliales normales et les éléments néoplasiques. Dans la trompe en outre, les éléments épithéliaux restants, subissent exclusivement l'effet d'une compression ;

2° Absence des vraies caractéristiques de la nature épithéliale carcinomateuse, soit par la forme et la disposition de ses éléments, soit par l'absence du tissu ambiant de la zone d'infiltration de petites cellules caractéristiques à la limite des jetées carcinomateuses.

De même les phases variées du développement de la tumeur dans leur évolution contredisent toute possibilité de carcinome fibreux. Grâce aux figures histologiques observées, on reconnaît l'histoire évolutive de la néoformation.

Le néoplasme ayant d'abord une prédominance conjonctive dans ses éléments endothéliaux, se développe par une prolifération d'éléments épithéliaux qui, croissant aux dépens du tissu conjonctif préexistant, prennent à la fin la prédominance sur ce dernier; de là une première phase conjonctive et une dernière épithéliale, fait qui est absolument

en désaccord avec la théorie du développement du carcinome fibreux où le stade conjonctif représente un état secondaire.

Par suite on diagnostiquera : endothélioma lymphatique (primaire de l'ovaire; secondaire de la trompe).

On a dit : néoplasme primaire de l'ovaire et secondaire de la trompe parce que dans le tissu de la trompe se rencontrèrent les signes manifestes d'un transport métastatique par la voie des lymphatiques de l'élément cellulaire néoplasique, les petits vaisseaux lymphatiques étant pourvus de leur endothélium et formés de cellules épithéliales.

OBSERVATION V

Fernand Henrotin et Maximilien Herzog, (American journal of Obstetrics).

Femme mariée, trente ans. La malade, médecin elle-même, fournit l'histoire suivante :

Mon trouble commence pendant l'hiver de 1891, époque avant laquelle j'ai joui d'une santé parfaite. Les premiers symptômes furent une menstruation irrégulière, des maux de tête intenses et de l'insomnie. En juillet 1892, j'eus une forte douleur dans la région ovarienne droite, suivie de fièvre et de prostration complète. Cause inconnue. Je n'y prêtais aucune attention et je vaquais à mes occupations. Les règles vinrent de moins en moins jusqu'à arrêt complet pendant deux ans, époque durant laquelle je me sentis parfaitement bien. J'avais une sensation particulière sur le côté droit de l'abdomen, juste au-dessous de la ligne de ceinture. Je puis avec peine la décrire, mais elle me rappela les premières sensations éprouvées. Ces derniers mois la tumeur avait beaucoup augmenté, j'eus plusieurs crises de douleur à caractère indiqué ; elles semblaient venir sans cause apparente, elles furent suivies d'une douleur intense ressemblant à une attaque de péritonite. L'hiver de 96, 97, après une longue course de 15 milles pour voir un malade, je vis mes règles pour la première fois depuis deux ans. Je fus réglée encore une fois, trois mois après et le flux menstruel ne s'arrêta depuis, jamais plus longtemps que deux ou trois jours jusqu'à mon opération en septembre 1897.

Avant les troubles ci-dessus décrits, j'avais toujours été bien : jamais d'hémorragie, de leucorrhée, ni de trouble utérin. Je fus examinée au printemps de 1896, époque à laquelle on me trouve une tumeur du volume d'un œuf de poule, semblant engagée dans le ligament large. La tumeur ne sembla pas beaucoup s'accroître jusqu'à l'hiver suivant. Je fus examinée en avril 1897 par le docteur Henrotin à la Policlinic. Le docteur me dit qu'à cette époque, la tumeur avait le volume du poing, il conseilla l'opération immédiate, mon mari n'y consentit pas. La tumeur ayant un pédicule et étant mobile de haut en bas et en travers du rectum, ne m'occasionna aucun trouble durant tout l'été. Les douleurs m'occasionnèrent une sensibilité extrême. Le côté droit augmenta de volume. Je devins mélancolique et indifférente à tout. Personne toutefois ne s'aperçut de mon trouble et je suivis ma clientèle jusqu'au jour de l'opération.

Opération le 7 septembre 1897, à l'Hôpital. Policlinique.

On fait une incision abdominale médiane et l'on trouve à droite une tumeur ovarienne pédiculée et moyennement molle. Pas d'adhérences aux parties avoisinantes. On lie sans difficulté le pédicule, et la tumeur est enlevée.

La tumeur est d'une couleur blanc grisâtre, rosée par endroits et d'une consistance molle. Elle a une forme sphérique et a 35 centimètres dans sa plus grande périphérie. Elle est enveloppée par une capsule lisse, blanchâtre, brillante et transparente, à travers laquelle on voit des vaisseaux sanguins dilatés. Le néoplasme avait entièrement remplacé l'ovaire et il n'y avait aucune trace de tissu normal ovarien. La place du hile est marquée par un espace triangulaire sur lequel la capsule est enlevée de sorte que l'on voit le tissu propre de la tumeur. S'étendant sur la partie externe du bord supérieur. On trouve une partie du tube de Falloppe. Elle mesure 6 centimètres de long et est légèrement tortueuse dans sa course. L'isthme a un diamètre variant entre 0,7 et 1 cent. 4. La partie frangée est très développée et l'ostium abdominale est ouverte. La capsule est intimement adhérente.

Examen microscopique. — La capsule entourant la tumeur est formée de fibres de tissu conjonctif, à trames très denses, de peu d'étendue et grêles. On ne trouve pas de cellules épithéliales comme bordure externe. Le tissu propre de la tumeur consiste en un stroma de

cellules fusiformes très semblables comme caractères à celles du tissu ovarien. Entre ces cellules on trouve des cellules de volume moyen, rondes ou cubiques avec un noyau relativement large et riche en fines granulations de chromatine. Ces cellules propres à la tumeur montrent une tendance à se former en masses alvéolaires ou en tubes. Ailleurs elles infiltrent le tissu d'une façon irrégulière et diffuse. Il est à remarquer que l'arrangement alvéolaire ou en tubes n'est jamais aussi fortement dessiné que dans un carcinome mais que les cellules au contraire changent d'aspect, se rapprochant du type fusiforme et se perdant peu à peu dans le stroma environnant. Des endroits favorables montrent que les cellules proviennent de l'endothélium des lymphatiques. La tumeur est pour cela à classer dans les endothéliomes lymphatiques.

OBSERVATION VI

Bruckner, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, t. V p. 459.

Malade quarante-quatre ans, entre dans le service de M. le professeur Jonnesco le 15 avril 1900.

Antécédents héréditaires nuls.

Pendant son enfance elle aurait eu seulement la fièvre. Menstruée pour la première fois à l'âge de quinze ans. Après quelques mois d'interruption les menstrues se sont succédé régulièrement sans douleur, en quantité plutôt abondante.

Mariée à dix-huit ans, elle a eu onze grossesses dont deux fausses couches, sans caractères spéciaux. Quatre enfants sont morts en bas âge ; les autres seraient bien portants ; ménopause depuis huit ans.

Il y a deux ans la malade s'est aperçue qu'elle portait une tumeur dans le bas-ventre. En même temps elle avait de fréquentes mictions; jamais de métrorragies. La tumeur grossissant lentement, toujours sans douleur, elle s'est décidée à demander une intervention chirurgicale.

Etat actuel. — Malade robuste, bien développée, état général excel-

lent. Rien du côté des organes thoraciques ; le foie et la rate normaux ; aucun trouble digestif ; pas d'ascite.

Par la palpation on reconnaît dans l'hypogastre une tumeur qui occupe la moitié inférieure de la région limitée par l'ombilic et le pubis, tumeur dure, ne se dessinant pas sous la paroi abdominale, à surface régulière, sensible à la pression, mobile, et qui paraît se continuer dans le pelvis par une portion plus mince.

L'examen vaginal donne les indications suivantes : « Vagin profond ; col petit, cylindrique, orifice transversal, irrégulier ; les culs-de-sac sont libres et très profonds.

Par le toucher on arrive à sentir la tumeur, les mouvements imprimés à celle-ci par l'abdomen se transmettent au col. Le corps de l'utérus et ses annexes sont impossibles à délimiter. »

Le diagnostic qui s'imposait était celui de fibrome, vu l'évolution lente, l'absence de troubles généraux et les signes recueillis par l'examen qui nous indiquaient une tumeur dure, à surface un peu irrégulière, faisant corps avec l'utérus et développée sur la ligne médiane.

Les ganglions manquaient.

Opération le 28 avril.

Le 28 avril, sous l'anesthésie chloroformique, on trouve une tumeur grosse comme une tête de fœtus, lobulée, polykystique, développée à la place de l'ovaire gauche ; l'ovaire droit est petit, irrégulièrement lobulé. Par un examen attentif on reconnaît dans le corps de l'utérus deux petites tumeurs grandes comme un grain de chènevis chacune d'un blanc nacré et qui avaient tout l'air d'être des greffes néoplasiques. Alors M. le professeur pratique l'hystérectomie abdominale totale, employant son procédé habituel : section entre ligature des pédicules annexiaux des deux côtés et des ligaments ronds, décollement de la vessie et du vagin, section entre ligature des vaisseaux utérins préalablement dénudés au-delà de leur entrecroisement avec l'uretère, incision du cul-de-sac vaginal antérieur, circumsision du col et enlèvement en un seul bloc de l'utérus avec ses annexes, ligature bilatérale des hypogastriques à leur origine, drainage pelvien par le vagin avec des mèches de gaze iodoformée, isolement du pelvis à la grande cavité péritonéale par la suture des bords libres du côlon pelvien au péritoine iliaque et vésical.

Suture à trois étages de la paroi abdominale.

Le 3 mai, on retire les mèches vaginales ; le 5 mai on enlève les sutures de la peau. Réunion per primam.

Examen macroscopique. — La tumeur développée à la place de l'ovaire gauche, grosse comme une tête de fœtus a une forme irrégulièrement ovoïdale, grossièrement lobulée, de couleur rosée. Chaque lobe présente à sa surface une quantité de petits mamelons de dimensions variables, assez durs et de couleur blanchâtre. On remarque au pôle supérieur de la tumeur un grand kyste de couleur violacée, à contenu gélatineux et noirâtre. Disséminés à la surface de la tumeur, on trouve encore d'autres kystes de dimensions plus petites, dépassant rarement la grandeur d'une noisette et à contenu variant comme consistance jusqu'à celle de la colle forte, et comme couleur depuis le jaune citrin jusqu'au rouge foncé.

La tumeur est en totalité enveloppée d'une capsule fine, recouverte d'un endothélium intact qui lui donne un aspect luisant, rappelant celui de la séreuse péritonéale. On remarque une quantité d'arborisations vasculaires d'assez grandes dismensions qui rampent à la surface de la tumeur immédiatement sous la capsule.

La néoplasie est d'une consistance dure, presque ligneuse, tout à fait comme un fibrome.

A la coupe, on constate qu'elle est constituée dans sa plus grande partie par un tissu simili-conjonctif disposé en faisceaux plus ou moins volumineux, ici radiés, là enroulés et limitant entre eux de petits kystes à contenu colloïde.

A la périphérie de la tumeur, le tissu est presque blanc, très peu rosé, très dur, criant sous le scapel, mais plus humide que dans un fibrome. Par raclage on obtient un suc plutôt clair contenant quelques éléments figurés.

Au centre de la tumeur il est plus difficile de reconnaître la disposition fasciculée et le tissu a une consistance plus molle ; en outre, on trouve des îlots où il est presque gélatineux.

Vers l'extrémité inférieure et sur une coupe sagittale, on trouve encore un îlot grand comme une noix, encapsulé, d'une couleur jaune-grisâtre, vacuolé, sec comme du fromage.

La tumeur était unie au corps de l'utérus par quelques adhérences qui furent détruites avec facilité.

A première vue, j'ai pensé que c'était simplement un fibrome œdématié ; mais en examinant les annexes du côté droit, j'ai été mis sur une piste nouvelle. L'ovaire droit tout petit et scléreux qu'il est, n'a pas l'aspect franc d'un noyau de pêche ; il est lobulé, mamelonné tout comme la tumeur de gauche, mais en miniature ; en le sectionnant. l'aspect de la coupe rappelle assez bien la coupe de la tumeur ; en outre, il est moins dur, moins blanc et plus succulent que d'habitude ; rien du côté de la trompe.

Enfin, un fait qui me fit soupçonner la nature maligne de la tumeur, c'est la présence sur la face antérieure du corps utérin de deux petites tumeurs, pas plus grosses qu'un grain de chènevis, dures, blanches, tranchant fortement sur le fond rouge de l'utérus et pénétrant de près de deux millimètres dans la couche musculaire.

Des portions prises en divers endroits de la tumeur, des portions de l'ovaire droit et une des tumeurs du corps utérin ont été fixées dans du formol à 5 p. 0/0 puis incluses dans la celloïdine.

Examen microscopique. — Tumeur de gauche, coupe intéressant sa périphérie immédiatement sous sa capsule.

A un faible grossissement on voit qu'elle est constituée par une quantité de cavités de grandeur inégale et de forme tout à fait irrégulière, plus ou moins remplies de grandes cellules en quantité variable. On trouve, à côté de cavités petites et presque remplies de cellules, d'autres énormes et à peu près vides.

Celles-ci surtout affectent une forme allongée et leur longueur est souvent telle qu'elles remplissent deux ou trois champs du microscope ; sinueuses, rarement droites, plus souvent recourbées alternativement des deux côtés, elles varient comme largeur d'une manière extrêmement fréquente ; ici, elles sont si étroites que les parois arrivent presque en contact ; plus loin elles s'élargissent formant une cavité énorme pour se rétrécir plus ou moins de nouveau et ainsi de suite. En général elles ne communiquent pas les unes avec les autres et se terminent en un cul-de-sac plutôt allongé.

Ces cavités sont séparées par un tissu conjonctif dense, très riche en noyaux pour la plupart fusiformes. Ce tissu interstitiel varie aussi comme quantité ; par places il est extrêmement abondant, séparant d'une manière distincte les cavités ; quelquefois il n'est représenté

que p quelques fibrilles et quelques noyaux, les cavités se touchan presque par leurs parois.

Au pourtour de celles-ci, le tissu conjonctif sur une faible étendue est un peu plus dense, un peu plus rigide; les fibres sont plus compactes, tandis que les noyaux deviennent un peu plus rares et en même temps plus allongés.

Le stroma de l'ovaire normal a complètement disparu ; on ne voit plus son tissu riche en fibres musculaires, ni ses vaisseaux nombreux et de grande taille ; dans les parties périphériques de la tumeur surtout, ceux-ci sont encore assez nombreux, mais ils sont presque toujours petits et leurs parois sont très minces.

Nulle part on ne trouve quelque relation entre les vaisseaux et la tumeur ; toujours ils sont nettement limités par du tissu conjonctif, pauvre en noyaux, et semblent être ainsi complètement indépendants de la tumeur. Les cavités contiennent, comme je l'ai dit, de grandes cellules ; celles-ci varient aussi comme quantité : Tandis que les petites en sont presque toujours tout à fait remplies, les grandes et les très allongées en sont très pauvres ; au point où leur lumière est rétrécie, la paroi est seulement tapissée d'une ou deux couches de cellules plates, fusiformes, la cavité restant vide ; mais au point où elles s'élargissent, souvent leur lumière est presque obstruée par un amas cellulaire.

Ces cavités grandes ou petites, mais bourrées de cellules, donnent l'impression de gros cordons compacts, coupés transversalement ; mais à côté, on en trouve d'autres dont les parois tapissées par une, deux ou même plusieurs couches cellulaires, sont pourvues d'une lumière centrale ; l'aspect est alors celui d'une glande extrêmement active, d'autant plus que le contenu de la lumière centrale, finement granuleux, et faiblement coloré en rose par l'éosine tient en suspension des détritus cellulaires.

Souvent on trouve des îlots bien circonscrits par du tissu conjonctif, qui paraissent à première vue composés d'une quantité de petites cavités tassées les unes contre les autres, de grandeur inégale ; avec attention on reconnaît facilement que ce n'est qu'une seule grande cavité, remplie de cellules, mais dans laquelle celles-ci sont disposées de manière à former plusieurs cavités pseudoglandulaires, de forme et de dimensions différentes.

Enfin on trouve d'autres cavités dont la paroi tapissée d'une seule couche de cellules plates fusiformes présente en un point quelconque un bourgeon presque exclusivement formé de cellules semblables à celles qui remplissent les alvéoles voisines et faisant saillie à l'intérieur.

Dans les parties centrales des coupes passant par des points où la tumeur est molle, gélatineuse presque, on voit que le tissu conjonctif est plus ferme, les fibrilles plus déliées et les noyaux plutôt ronds : on trouve encore des cavités au centre comme à la périphérie de la tumeur, mais elles sont plus petites, plus étroites et presque toujours bourrées de cellules ; ce sont de véritables cordons cellulaires moniliformes, ramifiés, terminés ici en pointe, là en massue, et à directions différentes.

Les vaisseaux sont assez nombreux, plus grands, à parois toujours minces, gorgés pour la plupart de sang et toujours complètement indépendants de la tumeur.

A l'aide d'un fort grossissement, on reconnaît un détail très important : toutes ces alvéoles, tous ces espaces n'ont pas de paroi propre, pas de membrane basale : ce sont de véritables cavités creusées dans le tissu conjonctif. L'aspect est aussi variable suivant les divers points qu'on considère. Aussi, en examinant un grand espace à large lumière et pauvre en éléments figurés, on voit que la paroi de la cavité limitée par le tissu conjonctif un peu plus dense déjà indiqué, est tapissée par une couche cellulaire. Les éléments qui composent cette couche ne se ressemblent pas partout : ici ce sont des cellules très allongées à noyaux fusiformes, leur protoplasma offrant peu de hauteur : situées sur une couche et très espacées les unes des autres, elles imitent ainsi tout à fait le revêtement endothélial d'une séreuse. Un peu plus loin, l'aspect est tout autre ; les cellules toujours sur une seule couche sont cylindriques ; leur hauteur l'emporte sur les autres dimensions ; leurs noyaux grands, sombres, riches en chromatine, parallèles au grand axe de la cellule, sont situés à une distance de ses bords. Le protoplasma finement granuleux opaque présente souvent autour du noyau une zone claire.

Enfin par places, ces cavités n'ont pas un revêtement régulier, c'est plutôt un bourgeon cellulaire : en vérité à la limite de la cavité, c'est

un mélange de cellules à peu près toutes de la même grandeur répandues sans aucun ordre : ici sur une seule couche : là sur plusieurs faisant des saillies nombreuses à l'intérieur de la cavité et d'autre côté pénétrant souvent dans le tissu avoisinant.

Très souvent on trouve des cavités qui présentent ces aspects différents à la fois : une des parois est recouverte d'un endothélium : tandis que sur celles d'en face le revêtement cellulaire est dans un état de prolifération intense. Enfin, chose plus importante, non seulement on peut ramener les cellules cylindriques d'une cavité à celles simili-endothéliales d'une autre ; mais même dans une seule cavité, très souvent il est extrêmement facile de démontrer leur identité. En effet, on peut suivre pas à pas comment elles se multiplient et la première conséquence qui en résulte est qu'elles ne sont plus si espacées. On peut suivre comment les mêmes cellules commencent à grandir et par pression réciproque commencent à prendre la forme cylindrique et comment enfin, à cause de leur multiplication, elles arrivent à se mettre sur plusieurs couches et même à remplir toute la cavité, surtout si celle-ci est de faibles dimensions ; si la cavité est très allongée, en suivant encore la paroi on arrive quelquefois à voir que les cellules diminuant comme nombre, se mettent de nouveau sur une couche en reprenant l'aspect endothélial pour le quitter de nouveau un peu plus loin.

Quand ces cavités ne sont pas complètement remplies de cellules proliférées elles sont ou vides, ou contiennent une petite quantité d'une substance finement granuleuse, faiblement colorée par l'éosine et qui souvent emprisonne quelques rares globules rouges et souvent des cellules sur lesquelles je reviendrai plus loin.

A l'aide d'un fort grossissement on reconnaît immédiatement que la tumeur présente en de très nombreux points, des signes évidents de dégénérescence.

Dans les points où la paroi des cavités rappelle par son aspect un espace lymphatique, on ne pourrait différencier, si on n'était prévenu, ces cellules endothéliales : la ressemblance est parfaite : mêmes dimensions, mêmes formes allongées très peu saillantes, même noyau fusiforme.

Dans les points où les cellules deviennent cylindriques, à l'aide de

l'immersion, on peut voir les détails suivants : la couche cellulaire repose immédiatement sur le tissu conjonctif avoisinant dont elle ne diffère que par l'opacité et l'état granuleux du protoplasma. Par endroits on reconnaît à quelques signes le commencement d'une dégénérescence qui abonde dans d'autres parties.

Aussi c'est une tendance à vacuolisation qui se manifeste de bonne heure et qui souvent est suivie d'une destruction du noyau. La vacuolisation commençante rejette d'abord le noyau à la périphérie de la cellule. Celle-ci est plus grande, plus claire et contient de nombreuses vacuoles d'inégale grandeur. La cellule ressemble beaucoup à une cellule mucipare.

Plus tard le noyau se gonfle, devient plus pâle, retient mal la couleur les grains chromatiques répandus sur une surface 4 ou 5 fois plus grande semblent diminués comme quantité, leur contour devient irrégulier, il est festonné, mais la membrane nucléaire est à peine visible. A la fin les noyaux éclatent et on peut encore reconnaître quelque temps dans le protoplasme dégénéré des restes de grains chromatiques ; car bientôt protoplasme et noyaux fondus ensemble forment une masse granuleuse qui remplit la lumière des cavités.

Ce processus de dégénérescence est très intéressant à connaître parce que souvent il change l'aspect du ucoplasme lui donnant celui d'un adéno-sarcome.

Le contenu des cavités est une masse granuleuse faiblement colorée qui contient de rares globules rouges, de nombreuses boules d'apparence colloïde et enfin des éléments cellulaires : 1° cellules de diverses grandeurs à protoplasme homogène, à noyaux plus petits que ceux de la tumeur et fortement colorés ; 2° grandes cellules à noyau périphérique ratatiné, pauvre en chromatine, clair, et à protoplasme riche en vacuoles tout comme une cellule mucipare. Je n'ai pu établir la provenance des premières. Quant aux deuxièmes, elles semblent provenir des cellules tombées à l'intérieur de la cavité.

OBSERVATION VII

Brouha, Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1900, T. IV p. 155

Femme T...., 47 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

P. R. 17 ans, régulières jusqu'au mariage ; depuis lors en avance de 8 jours.

7 grossesses. Accouchements normaux ; ictère, il y a cinq ans.

Affection actuelle date de 5 mois ; début par douleurs spontanées dans les côtés du ventre et de l'hypogastre.

Etat actuel. — Bon état général. Facies cardiaque, lésion valvulaire mitrale. Se plaint de douleurs mieux supportées dans la station debout. Peu de pertes blanches.

Dernières règles (25 novembre 1899) ont duré 5 jours, abondantes et douloureuses.

Ventre modérément distendu. Vergetures nombreuses. Paroi abdominale flasque, amincie. Au-dessus du pubis à droite de la ligne médiane, tumeur dure, mobile, à surface bosselée, assez douloureuse à la pression, dépassant vers le haut de 3 travers de doigt le ligament de Poupart plongeant d'autre part dans le petit bassin. Pas d'ascite.

Toucher Vaginal. — Tumeur occupant l'espace vésico-utérin refoulant en arrière l'utérus dont elle est indépendante. Utérus petit, mobile, indolore à la pression. Au speculum légère érosion autour de son col.

Diagnostic. — Tumeur solide de l'ovaire droit.

Opération le 3 octobre 1899.

La malade quitte le service onze jours après. Quelques jours après, diarrhée, écoulements sanguins, douleurs atroces partant de la symphyse sacro-iliaque gauche s'irradiant le long du membre inférieur correspondant. Au niveau de cette articulation, tuméfaction dure de l'étendue de la paume de la main extrêmement douloureuse et paraissant provenir du tissu osseux. La malade succomba à l'asthénie cardiaque vingt-sept jours après l'opération.

Examen microscopique. — On constate que la tumeur consistait en un kyste dermoïde combiné à une néoplasie du tissu ovarien qui reproduit, suivant les points, la texture du cancer ou du sarcome et provenant de la dégénérescence de l'endothéliume des vaisseaux et des fentes lymphatiques.

OBSERVATION VIII

Soubeyran (Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique) de Paris, n. 7, p. 639).

M[me] N..., quarante-huit ans, entre dans le service de M. le professeur Tédenat, le 5 février 1902.

Ses antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien d'intéressant à signaler.

Premières règles à quatorze ans, quatre grossesses normales de vingt-sept à trente-huit ans.

Depuis quatre ou cinq ans, elle a remarqué de l'irrégularité dans ses règles. Celles-ci sont devenues beaucoup plus abondantes durant cinq à six jours au lieu de quatre, venant parfois deux fois dans le mois, s'accompagnant de douleurs et de caillots. Il y a environ un an, elle eut une forte perte qui dura un mois et l'affaiblit beaucoup. Légère leucorrhée habituelle.

Deux mois environ avant son entrée, elle commence à souffrir de son ventre à la suite de ses règles qui avaient eu les caractères que nous avons énumérés. En même temps survint une forte anorexie avec état gastrique : vomissements fréquents, constipation tenace. Nous devons d'ailleurs noter que depuis deux ans la malade avait des digestions très lentes avec des nausées, des sensations fréquentes de brûlure au creux épigastrique.

Le mois suivant les règles arrivent à leur époque avec de vives douleurs et la malade localise alors des phénomènes douloureux au côté droit de l'abdomen. Elle est examinée à ce moment et l'on constate : abaissement considérable du rein droit, tumeur lobulée de la corne droite, du volume d'un œuf de poule, un peu mobile; dilatation et cla-

potis de l'estomac. Quelques jours après, dix jours avant son entrée dans le service, le ventre commence à grossir, les douleurs augmentent ; une ascite abondante se forme rapidement.

Etat actuel. — Femme maigre, nerveuse, avec facies grippé exprimant la souffrance ; rien au cœur ni au poumon ; pouls à 100 assez faible ; anorexie presque complète ; vomissements alimentaires tenaces ; constipation opiniâtre. Etat général mauvais : Urines 950 centimètres cubes avec 11 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

On constate une ascite abondante et mobile dépassant l'ombilic de quatre travers de doigt. Par le toucher vaginal combiné, on sent une tumeur située sur le côté droit de l'utérus, bosselée, dure, mobile, volumineuse, qui paraît reliée à la corne droite par un pédicule. L'utéru est mobile et un peu gros. On diagnostique un kyste papillaire de l'ovaire droit à cause de l'apparition de l'ascite et bien que la tumeur ne parut pas incluse dans le ligament large.

Rapidement en trois ou quatre jours avec douleurs, pouls rapide, insomnie, l'ascite augmente et l'état général devient de plus en plus mauvais.

Laparatomie le 9 février, pratiquée par M. Tédenat. Il s'écoule cinq à six litres d'un liquide ascitique abondant, jaune clair. Une grosse anse d'intestin dilatée et rouge, avec quelques granulations tuberculeuses disséminées traverse la ligne d'incision. On voit d'autres granulations grises commençant à jaunir sur le péritoine pariétal. Elles sont disséminées là comme sur l'anse. La main plongée vers l'utérus trouve à la corne droite une tumeur bosselée, dure, à pédicule court, qui est attirée. Son pédicule fragile se rompt : Une pince est mise sur deux artères du pédicule qui donnent et des ligatures sont posées. L'utérus est un peu gros avec une petite bosselure sur le versant antérieur de son fond. Ovaire gauche normal. La cavité pelvienne est asséchée. Pas d'hémorragie

Suites opératoires. — Bonnes les premiers jours : Selle abondante le 3e jour, de la diarrhée apparaît le 5e, premier pansement le 6e jour ; excellent état de la plaie, mais le ventre commence à se ballonner et l'on constate de l'ascite. Les jours suivants l'ascite disparaît, le ballonnement s'accentue, l'estomac est distendu, la malade vomit, le facies se cerne, le pouls devient incomptable et elle meurt 9 jours après l'opération. Les derniers vomissements renfermaient du sang.

Examen macroscopique. — La tumeur ovoïde est du volume d'une tête de fœtus à terme. Sa surface est divisée en larges lobes irréguliers; sa couleur est blanc jaunâtre ; la consistance des bosselures est dure ; quelques-unes renferment un liquide clair. Elles sont enveloppées par une capsule conjonctive assez résistante qui devient plus épaisse au centre des sillons et forme des tractus résistants au niveau du hile. A la tumeur est annexée la trompe. Celle-ci, épaissie et indurée, présente de petites végétations dures à sa surface. A la coupe, la lumière est réduite, à son pavillon pend un petit kyste.

La coupe de la tumeur est gris rosé, quelques points sont ramollis ; à la périphérie il existe par places un piqueté hémorragique. Le tissu est compact et ferme. La capsule envoie des travées limitant les noyaux arrondis, à bord festonnés. Ces travées s'épaississent vers le centre et forment une gangue où sont des nodules de volume variable.

Par le raclage on obtient un suc blanc grisâtre qui, coloré par le triacide d'Erlich, montre des cellules volumineuses, arrondies ou poly gonales, parfois très irrégulières, à noyaux volumineux et pouvant renfermer plusieurs noyaux. Elles ont en somme l'aspect des cellules sarcomateuses.

Examen microscopique dû à l'obligeance de M. le Professeur Bosc.

A un faible grossissement, l'examen du noyau montre que la partie superficielle est formée de cellules fusiformes dirigées dans les directions les plus variables et souvent en tourbillons. Dans le tissu existent des amas de cellules disposées en forme de tubes qui suivent les inflexions du stroma.

Ces tubes formés de cellules volumineuses vont en augmentant en nombre à mesure que l'on s'éloigne de la surface. Les faisceaux du stroma deviennent de moins en moins distincts et il est enfin constitué de cellules fusiformes, courtes, très renflées, à gros noyaux, sans direction particulière. Elles limitent des tubes très volumineux souvent élargis en lobules ; mais sur de larges espaces, au lieu de tubes, on ne trouve que des cellules volumineuses en contact direct avec les cellules hypertrophiées de la gangue. Par endroits les tubes présentent un centre clair comme s'il existait une lumière glandulaire.

Enfin, au centre, le tissu intermédiaire subit la dégénérescence muqueuse ; à mesure que la dégénérescence progresse, les [illegible] tubulées disparaissent.

A un fort grossissement, les gros tubes sont formés de cellules volumineuses arrondies ou polygonales à noyau très volumineux et chargé de chromatine : assez souvent les cellules sont en karyokinèse, dans certains tubes il existe un espace vide entre le stroma et la prolifération néoplasique : on peut parfois se rendre compte très nettement que le vide représente un espace lymphatique distendu, les cellules qui le bordent ayant la forme de cellules endothéliales nettes qui s'hypertrophient et se confondent avec la production tubulaire.

Au niveau des petits tubes, cette relation entre les cellules néoplasiques et les cellules limitantes des espaces lymphatiques est encore bien plus nette et parfois on voit le tube se continuer avec des cellules encore disposées bout à bout, très hypertrophiées et ayant à la fois les caractères de cellules néoplasiques et de cellules endothéliales manifestes.

Dans les points où la coupe présentait à un faible grossissement un aspect sarcomateux, on voit qu'il existe des cellules isolées volumineuses très colorées et à gros noyaux ayant tous les caractères des cellules néoplasiques et qui sont en rapport direct avec des cellules de la guangue elle-même hypertrophiée.

Elles procèdent certainement de ces cellules, car on constate toutes les transitions entre la cellule fusiforme, la cellule polygonale à prolongements multiples et la cellule néoplasique isolée. Certaines de ces cellules isolées s'hypertrophient fortement et peuvent renfermer plusieurs noyaux. Ces cellules isolées nous paraissent devoir être interprétées comme des cellules limitantes des petits espaces conjonctifs en voie d'hypertrophie. Elles prolifèrent et arrivent à former des tubes plus ou moins volumineux. L'aspect cylindromateux en certains points de la préparation est dû à la dégénérescence mucoïde des cellules centrales du lobule cellulaire, les cellules périphériques conservant leur noyau et une partie plus ou moins grande de leur protoplasma. Dans les points où la dégénérescence myxomateuse du stroma se produit, les cellules prennent une forme étoilée à longs prolongements séparées par de larges espaces remplis de cellules.

A mesure que cette dégénérescence progresse vers la périphérie de la tumeur, les cellules néoplasiques isolées deviennent rondes dégénèrent et disparaissent. Les tubes subissent le même processus.

OBSERVATION IX

Glockner, Archive für Gynacologie:

Endotheliome et tumeurs analogues. — Endotheliome de l'ovaire double.

Femme Rieb, quarante-huit ans.

Antécédents. — Mère morte de maladie d'estomac. Premières règles à quatorze ans, régulières, ménopause depuis trois ans.

Six accouchements, depuis six mois écoulement de sang par les voies génitales et apparition d'une tumeur dure du côté droit de l'abdomen, tumeur qui rapidement a grossi. Depuis trois semaines gonflement intense du ventre. Mauvais appétit. Diminution de poids.

Etat actuel. — Abdomen fortement distendu, circonférence maximum 88 centimètres. On sent une tumeur noueuse qui remplit aussi le petit bassin et met l'utérus en antéversion. Ascite peu marquée.

Diagnostic clinique. — Tumeur solide de l'ovaire.

Opération 12 mars 1901. — Dans le péritoine, deux litres d'ascite. A droite de l'utérus, une tumeur de la taille d'une tête d'homme. A gauche tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, analogue à l'ovaire.

Utérus normal. Ablation de la tumeur.

L'Opération 4 avril 1901. — Comme la malignité de la tumeur a été prouvée par l'examen microscopique, on doit enlever l'utérus.

Ensuite essai de l'ablation totale par voie vaginale, essai abandonné à cause des adhérences multiples de l'utérus.

A l'ouverture du cul-de-sac de Douglas, écoulement abondant de liquide ascitique.

Après laparotomie, on voit de fortes adhérences de l'intestin avec la paroi antérieure de l'abdomen telles que l'opération doit être abandonnée comme impossible.

Exeat le 18 mai 1901.

Mort le 25 juin 1901.

D'après une communication du médecin traitant, la tumeur est rapidement redevenue volumineuse et l'ascite est devenue abondante.

Description de la préparation.

Tumeur droite. — Forme irrégulière, ovale. Surface bosselée : Dimensions 24/18 12 centimètres.

Le pédicule est formé par les ligaments latéraux de l'ovaire.

Consistance extraordinairement dure. Le tissu craque à la pression.

A la coupe, structure fibrillaire avec des masses, de la consistance de la moelle, sans limites précises.

Tumeur gauche. — Tout à fait irrégulière à grosses bosselures.

Pédicule comme à droite.

A la coupe même structure qu'à droite ; consistance seulement un peu plus molle et montrant les parties conjonctives un peu moins développées. Ici il y a de nombreuses masses blanchâtres, même légèrement brillantes.

La vue microscopique des deux tumeurs diffère peu et seulement dans des points négligeables.

Comme les conditions relatives à l'histogénèse sont très nettes d'après les préparations de la petite tumeur, je place tout d'abord la description ; l'interprétation suivra.

La matière de la masse de la tumeur est formée par du tissu conjonctif fibrillaire de richesse en noyau variable, mais en général assez minime, souvent le tissu est myxomateux. Dans ce tissu conjonctif sont les vraies cellules de la tumeur, cellules de formes diverses, de taille et de situation mutuelle, variant à quelques places ; elles forment des îlots comprimés en masses épaisses qui ne contiennent que très peu de tissu conjonctif et ne laissent reconnaître qu'une structure alvéolaire indistincte de côté et d'autre. Les cellules isolées sont ici parfaitement séparées les unes des autres et en général de forme polygonale.

A d'autres endroits, les cellules de la tumeur forment un système réticulaire de cordons de diverses épaisseurs, qui est entre les faisceaux du tissu conjonctif fibrillaire ou myxomateux.

Au lieu de cordons, on voit souvent des tubes placés et courant à travers la coupe. Ils ne sont pas réguliers et ont une fine lumière.

Un type plus net de l'arrangement des cellules, que l'on peut obser-

ver assez souvent et qui est nettement un stade moins avancé de la formation de la tumeur, est donné par la texture de diverses longues chaînes de cellules qui sont en forme de chapelet, les unes derrière les autres, dans les fentes du tissu conjonctif. Il faut les étudier préférablement, là où de gros paquets de tissu conjonctif ont une direction de fibres parallèle à celle des chapelets.

Les cellules polygonales ont un diamètre de 10 à 11 μ, un noyau relativement gros (7 μ) assez clair, rond. Dans les travées solides et les tubes, existe rarement une délimitation nette du protoplasma. Nous voyons ici diverses longues bandes protoplasmiques et des cylindres avec de nombreux noyaux y-inclus.

Dans toutes les parties de la tumeur, se trouvent diverses cellules grandes, fortement gonflées, de forme sigillée et de diamètre variant de 11 à 20 μ. Leurs noyaux ont une forme de disque convexe ou concave, assez colorés en sombre, et placés en forme de demi-lune à la périphérie. Le protoplasma de ces cellules ayant subi la dégénérescence muqueuse est souvent clair, à peine colorable, tantôt granuleux et assez colorable par l'hématoxyline en bleu sombre.

On trouve de telles cellules en assez grande abondance dans les mailles du stroma myxomateux ; à un tel point que parfois on trouve une grande ressemblance avec un carcinome colloïde.

Les cellules dans les chapelets décrits plus haut, présentent différentes longues bandes qui, régulièrement, ont leur plus grande épaisseur vers le milieu et s'effilent vers les extrémités. Les cellules qui forment ces bandes sont souvent placées en rangées simples. Dans les bandes plus larges, au milieu elles sont empilées en 2 ou 3 rangées, pour se réduire à une seule rangée vers chaque extrémité. Au milieu du chapelet, elles ont un noyau rond, coloré en brun et une étroite zone de protoplasma finement granulé. Vers les extrémités des bandes, les noyaux sont un peu plus petits, plus allongés et plus sombres, le protoplasma qui les entoure s'atrophie graduellement et les cellules qui sont tout à l'extrémité ont un noyau plat, sombre, entouré d'une toute étroite zone protoplasmique se terminant en pointe.

Ces cellules placées à l'extrémité de ces bandes apparaissent nettement comme endothéliales, tandis que celles, situées plus au milieu, sont plutôt semblables aux épithéliales. A la coupe, qui tombe per-

pendiculairement ou obliquement à la direction des chapelets, on voit les faisceaux conjonctifs pressés les uns sur les autres par des cellules semblables aux épithéliales au nombre de 1, 2 ou plus, plates ou polygonales, et qui, placées tout à fait irrégulièrement, se distinguent par cela même des rangées épithéliales.

Les tubes cellulaires, à la coupe, montrent tantôt des cellules plates à noyaux allongés et sombres, tantôt des cellules séparées, cubiques ou polygonales, ou, ce qui est surtout fréquent, une zone à peu près également large de protoplasma, directement apposée au tissu conjonctif, dans laquelle est placé un noyau arrondi. On ne peut prouver l'existence d'une membrane endothéliale entre les cellules et le tissu conjonctif, ni ici, ni pour les bandes de cellules décrites plus haut.

Isolément on trouve aussi des cellules de la tumeur en piles, dans la lumière des petits et gros vaisseaux sanguins et lymphatiques.

L'histogénèse est facilement étudiée, surtout dans les rangées cellulaires en forme de chapelets. Les plus grandes et les plus épaisses sont manifestement issues d'un accroissement des cellules primitivement ordonnées en étroites et courtes bandes comme d'ailleurs le prouvent les nombreuses figures de karyokinèse qu'on y rencontre.

Ces bandes étroites, basses, ne consistent souvent qu'en quelques rares cellules plates à noyau sombre, qui ressemblent tout à fait à celles placées aux extrémités des chapelets. Dans le tissu conjonctif ambiant, on voit quelques cellules semblables séparées ou aussi des mitoses (?) dont on ne peut dire s'il s'agit de cellules semblables ou de cellules conjonctives plates que l'on trouve habituellement dans les interstices du tissu conjonctif.

Des éléments normaux de l'ovaire, on ne voit plus trace dans la tumeur. L'épithélium du revêtement était cependant conservé en maints endroits sur la petite tumeur. La substance était beaucoup plus riche en tissu conjonctif dans la grande tumeur, et on y trouvait aussi quelques parties complètement dépourvues de cellules propres de la tumeur et donnaient ainsi l'impression d'un fibrome.

OBSERVATION X

Heinricius d'Helsingfors. — Archiv. fur Gynat ologie t. LXXIII p. 323.

Malade mariée, âgée de trente-deux ans. P. R. à quatorze ans. Depuis l'été de 1900, cessation de la menstruation coïncidant avec des douleurs en ceinture à la base du thorax.

En explorant l'abdomen, on trouve une tumeur assez volumineuse, de consistance ferme, peu mobile ; à surface légèrement bosselée et paraissant dépendre de la matrice. Col dur et difficilement accessible au doigt.

22 janvier 1901. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve un néoplasme solide, gros comme deux têtes d'enfant et relié à l'ovaire droit par un pédicule large et court. Ligature et ablation. L'ovaire gauche, paraissant normal, est épargné.

A l'œil nu, la tumeur paraît entourée d'une enveloppe fibreuse ne présentant aucune trace d'adhérences avec les organes voisins. La surface de section offre un tissu homogène ferme, brillant, sauf en quelques points, où existent des zones grisâtres et comme ramollies. Pas de formations kystiques.

Examen microscopique. — Capsule formée de tissu conjonctif renfermant des cellules et des fibrilles en petit nombre. Dans la tumeur : présence d'une substance fondamentale qui n'est autre que du tissu conjonctif parsemé de cellules fusiformes ou étalées en faible proportion : il y aussi quelques foyers de dégénérescence myxomateuse.

Mais surtout présence au sein de cette masse d'espèces de boyaux ou de tubes sinueux, contournés, bourrés de cellules néoplasiques, arrondies ou cubiques ; ces cellules sont peu chargées de protoplasma, mais elles renferment un gros noyau qui se colore fortement par les réactifs. La plupart de ses boyaux possèdent une paroi propre formée de cellules endothéliales allongées ; dans l'intérieur de ces tubes on distingue, outre les cellules néoplasiques dont nous avons parlé, de petites masses jaunâtres finement granuleuses, qui parais-

sent être des amas de lymphe épanchée ; malgré l'abondance des cellules néoplasiques, il est presque toujours possible de reconnaître dans ces boyaux une lumière centrale. En certains points du néoplasme, on distingue encore des espaces réguliers dépourvus de paroi propre, mais isolés du tissu ambiant par un endothélium. Ces espaces ou lacunes contiennent des cellules néoplasiques analogues à celles qui remplissent les tubes sinueux déjà mentionnés.

Cette tumeur paraît être très mal irriguée et les vaisseaux sanguins que l'on rencontre dans sa masse n'affectent aucune relation avec les boyaux contournés.

OBSERVATION XI

Glokner. Archiv für gynakologie, 1905, Tome 75.

Extraction d'une tumeur par opération à une femme de cinquante-deux ans.

Aucun fait clinique n'est connu.

Description de la préparation. — Tumeur ayant environ les dimensions d'une tête d'homme, en partie kystique, mesurant 24, 16 et 17 cm. surface en partie lisse, présentant cependant en maints endroits des tubercules mous ou assez durs, le pédicule est formé par le ligament de l'ovaire ; le ligament large et la terminaison utérine de la trompe, cette dernière est respectée. A la coupe on voit à la périphérie une capsule épaisse de 2 mil., formée de tissu conjonctif qui pourtant n'est pas partout nettement séparé du tissu sous-jacent.

La tumeur est sensiblement solide et essentiellement formée d'une masse compacte blanc grisâtre, et par place fibreuse et rougeâtre, dans laquelle est incluse une quantité de kystes de taille variant d'un pois à une noix.

Ceux-ci contiennent en partie un liquide clair en partie une masse onctueuse et brune. Aux deux pôles de la tumeur se trouvent des cavités du volume d'un œuf de poule ou d'oie, remplies en partie d'une masse grisâtre adipeuse. Ces cavités sont manifestement causées par la destruction des tissus.

Description microscopique. — A la périphérie de la tumeur, il y a une capsule mince formée de tissu conjonctif, pauvre en noyaux, de laquelle rayonnent différents larges septa, vers l'intérieur. Entre ces cloisons et aussi dans leur épaisseur sont incluses les cellules de la tumeur ainsi que les kystes.

La disposition et la forme de ces cellules sont différentes aux différents points.

Dans les parties manifestement les plus anciennes et cependant encore bien conservées, on voit des cellules fortement serrées et régulièrement ordonnées ; fusiformes possédant un noyau irrégulièrement allongé, fusiforme ou arrondi, de teinte sombre, entouré d'une zone protoplasmique étroite : souvent limitée de façon peu nette.

A la périphérie de ces foyers cellulaires, se trouve ordinairement une zone plus claire composée de cellules parfaitement fusiformes à noyaux allongés en fuseaux et de substance interstitielle un peu fibrillaire. Ces cellules fusiformes vont toujours finir parmi les cellules polymorphes plus petites. Les vaisseaux nombreux, la plupart du temps à paroi très ténue, sont parsemés dans la masse de la tumeur dont les cellules leur sont souvent directement superposées.

L'aspect correspond ici à celui d'un sarcome à cellules fusiformes. En d'autres endroits se présentent dans ce foyer des cellules cylindriques particulières se ramifiant diversement ; ayant en moyenne 14 μ d'épaisseur et qui surtout, à faible grossissement, se détachent par leur couleur sombre des cellules qui les entourent. Ces cellules cylindriques se sont rétractées parfois par suite de la dureté de celles qui les entourent, la plupart du temps elles sont complètement en connexion avec celles-ci et ne laissent reconnaître aucun élément séparé comme une couche endothéliale. Les noyaux de ces cordons cellulaires ont la même forme et la même taille (environ 6-7 μ) que les autres cellules de la tumeur, ont pourtant une coloration plus sombre et se font remarquer par la régularité de leur situation, étant placés d'aplomb, sur l'axe du cordon. Entre les noyaux cellulaires est une zone mince d'un protoplasma légèrement granuleux. La substance intercellulaire comme il y en a régulièrement entre les autres cellules de la tumeur, manque absolument à d'autres endroits, dans les mailles du stroma conjonctif, il faut

observer des îlots de cellules fusiformes à noyaux bacilliformes et aussi souvent onduleux, qui donnent l'impression d'un sarcome fibreux. Puis des îlots de cellules ayant le caractère myxomateux ou myxosarcomateux ; pourtant ces différents types ne sont nulle part séparés l'un de l'autre, mais ils sont très souvent les uns près des autres et montrent les transitions les plus diverses.

Assez souvent on trouve des vaisseaux sanguins qui sont entourés d'un manteau concentrique plus ou moins épais de cellules de la tumeur. Ces manteaux sont réunis les uns aux autres assez souvent par de larges ponts formés d'amas de ces cellules. L'endothélium des vaisseaux sanguins ou lymphatiques était partout indemne de proliférations.

Des parties étendues de la tumeur sont formées, comme on peut d'ailleurs le voir, macroscopiquement de tissu conjonctif fibrillaire, pauvre en noyaux. Dans les mailles de ce tissu, il y a souvent des bandes de cellules polymorphes, de même que de longues cellules fusiformes isolées dont le protoplasma semble se terminer en fibrilles.

Les cellules de la tumeur, comme celles des bandes de tissu conjonctif, contiennent par place du pigment sanguin granuleux et très brun.

Les kystes en partie homogènes, en partie remplis de coagulations filamenteuses ; la paroi en est formé de tissu conjonctif ayant subi souvent la transformation muqueuse sur laquelle, souvent encore, est empilée une série de cellules nécrosées, décolorées, qui répondent à la forme et à la taille des cellules de la tumeur.

De véritables cellules de revêtement manquent le plus souvent, seulement quelques petits kystes en ont sous forme de membrane endothéliale. Ces derniers représentent manifestement des vaisseaux lymphatiques dilatés ; tandis que les premiers résultent de la dégénérescence ou du ramollissement du tissu conjonctif comme nous pouvions le démontrer déjà pour nombre d'autres de nos tumeurs.

Nulle part il n'y avait d'élément de l'ovaire, l'épithélium superficiel était visible à quelques rares endroits.

Les cellules de la tumeur comme les parties conjonctives montrent une très grande tendance à la régression et nécrose.

En faisant abstraction des kystes mentionnés, il y a aussi d'ordinaire

de grands espaces décolorés, de telle sorte que la plus grande partie de la tumeur se compose d'une masse nécrotique.

OBSERVATION XII

Barbour, (Scottish médical and surgical journal décembre 1905).

Mme F.... âgée de quarante-deux ans, fut admise à l'Infirmerie Royale se plaignant de douleurs dans la région épigastrique existantes depuis deux ans et de ballonnement de la région iliaque des deux côtés depuis six mois.

Quatorze jours après la naissance de son dernier enfant, il y a trois ans, elle eut un frisson intense suivi de douleurs à l'épigastre et de vomissements. Elle fut soulagée par les médicaments ordonnés par le docteur qui la vit le jour suivant. La douleur devint moins vive mais les vomissements continuèrent 3 semaines. Après quoi, elle reprit son travail. La douleur toutefois ne la quitte jamais entièrement, revenant tous les deux ou trois jours et durant quelques heures. Quand elle venait, elle devait se coucher et n'était soulagée que par une transpiration profuse. Il y a un an, la douleur revint intense, semblable en caractère à l'attaque antérieure mais sans vomissements. Depuis, elle revenait par intervalles rendant tout travail impossible à la malade. Il y a 6 mois, elle constate le ballonnement de la région iliaque gauche et bientôt après, celui de la région iliaque droite ; mais tandis qu'à gauche le gonflement était dépressible, à droite il était d'une dureté ligneuse.

Deux mois après, la douleur devint plus intense s'accompagnant de vomissements.

Rien de plus à noter dans l'histoire de la malade sauf toutefois que la menstruation n'est plus revenue depuis la naissance de son dernier enfant.

L'examen montre que l'abdomen est plus proéminent du côté droit et la palpation révèle la présence de deux tumeurs de consistance ferme avec surface lobulée et franchement mobiles.

Elles occupent les régions lombaires et iliaques et passent en bas

dans le pelvis. Leur consistance et leur contour bien définis font penser à un fibrome utérin et si l'on n'entend pas de souffle, d'un autre côté il n'y a pas évidence nette d'ascite donnant un caractère malin. L'exploration bimanuelle montre l'utérus antéfléchi mais non mobile, bien que la tumeur puisse être mue indépendamment de lui. On sent des nodules sur le côté gauche du col et dans les culs-de-sac latéraux gauche et droit qui ne remuent pas quand les tumeurs abdominales sont muettes.

On fait une incision exploratrice et à l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve 2 tumeurs solides provenant des ovaires et une grande quantité de liquide ascitique. L'apparence des tumeurs les faisait prendre comme étant malignes, mais comme il n'y avait pas d'importantes adhérences et comme les deux tumeurs étaient pédiculisées, il fut décidé qu'on les enlèverait. Le pédicule de la tumeur gauche était large et gras mais il fut facilement tenu par une suture en chaînes en trois boucles. Il y avait aussi des adhérences de l'intestin avec la partie postérieure du ligament large du côté gauche. La tumeur droite était plus large et montrait de récentes adhérences qui furent facilement enlevées mais il y eut quelque difficulté à s'assurer de son pédicule plus large. Il fut aussi retenu en trois portions. Le pédicule gauche se mettant à saigner, nécessite une seconde ligature plus bas. Loin de la tumeur le péritoine était couvert d'infiltration maligne.

La malade se sentit bien dès qu'elle fut sur son lit et reposa tranquillement durant l'après-midi et le soir, dormant par intervalles. Le jour suivant, elle continue d'aller bien, mais il lui est impossible d'uriner. On la sonde. Elle eut envie de vomir seulement une fois. Le troisième jour, son état devient moins satisfaisant, le pouls devient plus faible et plus rapide : 120 pulsations. Le soir, on donne un lavement mais sans résultat. On en donne un second avec plus de succès. Comme l'abdomen était distendu, je l'examinai par le rectum et je trouvai ce que je n'avais pas noté auparavant, un nodule sur la paroi de l'intestin, environ au niveau du promontoire. Son état devint constamment plus mauvais, on essaya des injections hypodermiques de strychnine et de strophantus, mais le pouls ne répondit pas. La température varia entre 98° et 99°, montant en trois occasions jusqu'à 99°6 et 100°6 juste avant la mort. Des efforts variés furent faits pour vaincre la paralysie

de l'intestin mais sans résultat. On fit le lavage de l'estomac. On pensa à l'ouverture de l'abdomen pour savoir s'il y avait obstruction ou simple paralysie de l'intestin, mais on y renonce devant la faiblesse de la malade et l'infiltration maligne du péritoine. 34 heures après, elle mourut en rejetant des matières à odeur fétide. Elle mourut donc 5 jours après l'opération. On ne put faire l'autopsie.

Par des coupes au moyen du microscope, nous avons pu voir, étapes par étapes, le développement des cellules sarcomateuses provenant des lymphatiques.

OBSERVATION XIII

Service de M. le Professeur Boursier.

Opération faite par M. le Professeur Chavannaz (septembre 1905).

Examen histologique dû à M. le Docteur Roche.

Batailly (Marie), cinquante et un ans, cultivatrice à Gaillan (Gironde).

Premières règles à 15 ans environ. Règles autrefois régulières, d'abondance moyenne durant 4 à 5 jours, habituellement peu douloureuses.

Quelques pertes blanches dans l'intervalle des règles. A eu 2 enfants : le 1er a 21 ans, le second a 26 ans. Les grossesses furent normales, les accouchements à terme sans accidents. La malade restait alitée une semaine environ après chaque accouchement. Pas de fausse couche. Constipation habituellement opiniâtre, mictions depuis quelques mois douloureuses et fréquentes.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

La malade n'a jamais eu d'affection grave avant celle qui l'amène à l'hôpital.

Depuis 2 ans environ, la malade se plaignait de troubles gastriques et s'amaigrissait légèrement, puis apparurent quelques douleurs abdominales survenant sous forme de coliques légères. Ses règles n'avaient pas changé de type, mais avaient un peu diminué d'abondance. Depuis un an, la malade a vu son ventre augmenter progressivement de volume. En même temps, les douleurs devenaient plus vives, surtout

dans les derniers mois, qui ont précédé son entrée à l'hôpital, siégeaient dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche et s'irradiaient dans les lombes principalement et les cuisses. Depuis 3 mois, les pertes sanguines menstruelles étaient devenues plus abondantes, plus irrégulières et plus rapprochées. Les pertes blanches assez abondantes n'ont pas d'odeur fétide.

La malade s'est beaucoup amaigrie, ses forces ont peu à peu disparu et son appétit a diminué. Elle est obligée de s'aliter fréquemment. Elle est souvent constipée et ses mictions sont devenues plus fréquentes que de coutume.

La malade entre à l'hôpital pour ses douleurs abdominales et son état général précaire.

Examen le 3 septembre 1905. — Malade très amaigrie. Facies terreux, les pommettes sont saillantes et la peau est ichtyosique.

Ventre saillant en avant, globuleux. Quelques nœvi sur la paroi abdominale antérieure. Nombreuses vergetures sur les bas-flancs. Pas de circulation complémentaire, la cicatrice ombilicale n'est pas déplissée. Quelques ganglions inguinaux, indolores, roulant sous le doigt.

La palpation superficielle éveille de la douleur au niveau des fosses iliaques et de l'ombilic. A la palpation profonde on sent une masse remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic de consistance assez ferme remontant au niveau de la région médiane, un peu au-dessus de la fosse iliaque gauche, il semble que l'on trouve une partie de consistance plus dure et que l'on perçoive des froissements neigeux. Le tout semble immobilisé soit dans le sens vertical soit dans le sens latéral.

A la percussion, matité au niveau de la masse délimitée à la palpation.

Vulve entr'ouverte : déchirure périnéale à gauche de la colonne postérieure : dans l'effort léger déroulement des parois vaginales surtout de l'antérieure.

Au toucher, col de moyen volume ne portant aucune trace d'ulcération, regardant légèrement en avant, immobile, un peu douloureux. Le corps utérin est difficile à percevoir, il semble refoulé en arrière, immobilisé par une masse faisant corps, au palper bimanuel, avec

celle perçue à la palpation abdominale et remplissant les cul-de-sac.

Le toucher est douloureux. la malade dit souffrir violemment.

Au speculum, le col semble sain, il laisse écouler quelques glaires sanguinolentes.

Rien d'anormal aux autres appareils. Ni sucre ni albumine dans les urines.

Le 4 septembre, la malade a le soir 38° de température.

Le 5, opération. — Extirpation par voie abdominale d'une tumeur kystique des ovaires après ponction de la poche kystique.

Un noyau néoplasique hépatique est laissé. Drainage avec une mèche et par un drain. Suture à trois plans après réunion des parois par 3 fils d'argent.

Le 4 septembre, la malade a eu quelques vomissements. Le pouls le soir est à 114. La langue est bonne, le ventre n'est pas ballonné. Urines depuis l'opération 500 grammes. Sérum et caféine. Le 7, la température est élevée au-dessus de 38°, le soir le pouls est à 114. Quelques vomissements. Urines 475 grammes. Langue un peu sèche. Sérum 300 grammes.

Le 8, la malade va mieux. La température est meilleure.

Le 9, ablation de la mèche et du drain : Après un lavement glycériné la malade ne va pas à la selle.

Le 10 au matin, elle a une selle abondante.

Le 14 septembre, la malade continue à être en excellent état.

Le 20, ablation des points de suture. Le 25, la malade se lève sans incident.

Exeat le 28 septembre. Description macroscopique de la tumeur.

La tumeur enlevée représentant l'ovaire droit, très augmenté de volume, était reliée au ligament large par un pédicule court mesurant environ 8 centimètres de largeur.

Cette tumeur est de forme vaguement oblongue mesurant 30 centimètres dans son plus grand diamètre et 20 centimètres au niveau de son équateur, son aspect est celui d'une formidable praline. Elle est en effet constituée par la réunion de masses irrégulières dont la grosseur varie d'une noix à celle du poing, elles-mêmes irrégulières et bosselées. Ces masses sont formées d'une mince enveloppe renfermant du tissu aréolaire à mailles plus ou moins larges, ce qui donne aux

éléments de la tumeur une consistance des plus variables, les uns paraissant franchement fluctuant, les autres presque solides. L'aspect de ces masses est également variable. Les unes sont transparentes, les autres, plus foncées, paraissent avoir un contenu hématique. Le doigt s'insinue entre ces masses et les sépare les unes des autres mais toutes semblent implantées sur un centre unique. Pas de gros vaisseaux à la surface de la tumeur ; pas de végétation papillaire ; çà et là quelques plaques nacrées de pachy-péritonite.

Sur une coupe méridienne passant par le hile de l'ovaire, on voit que la tumeur est constituée par un volumineux noyau central supportant toutes les masses décrites ci-dessus. Le tissu qui constitue le noyau central a un aspect œdémateux: il est constitué par des travées très grêles de tissu blanc nacré circonscrivant des alvéoles de dimensions variables mais en général petites. Ces alvéoles contiennent un mucus très concret, d'aspect gélatineux, de coloration jaune verdâtre et donnant par raclage un suc liquide très abondant. L'ensemble de ce tissu semble macroscopiquement peu vascularisé.

La plupart des masses qui entourent la tumeur sont constituées par le même tissu que le noyau central dont elles semblent n'être qu'une émanation. On y trouve parfois des suffusions sanguines peu étendues mais pas de cavités contenant du sang à l'état libre. Les masses les plus fluctuantes sont constituées par un tissu assez semblable, mais à mailles plus larges, à travées plus grêles contenant le même mucus plus abondant et plus fluide, avec quelques suffusions sanguines peu étendues.

Près du hile de l'ovaire, on voit les débris d'une poche kystique rompue au cours de l'opération et contenant du liquide sanguinolent. Les parois de cette poche mesurent 4 à 5^{mm} d'épaisseur, elles sont limitées extérieurement par une surface lisse ayant le même aspect que le reste de la tumeur et intérieurement par une surface villeuse sanguinolente par places.

L'ovaire gauche est petit, ratatiné, coupé de nombreux sillons qui lui donnent un aspect cerchoïde, il ne contient, pas de kyste folliculaire.

Examen microscopique. — Fragments prélevés en différents points

du centre et de la superficie de la tumeur et dans la paroi de la poche kystique. Fixation par l'alcool : Coloration des coupes avec :

Hématéine — Eosine ;
Hématiéne — Van-Gresson ;
Thionine picriquée ;
Bleu polychrome de Unna.

La tumeur est constituée par un tissu alvéolaire formé par des travées conjonctives assez importantes, qui supportent des capillaires peu volumineux. Les alvéoles que limitent ces travées sont subdivisées en alvéoles plus petites par des travées plus grêles réduites en fin de compte à l'anastomose de prolongements cellulaires uniques. Les dimensions des mailles de ce tissu conjonctif sont variables d'un point à l'autre de la tumeur. Très petites en certains points et mesurant 100 à 150 μ elles sont en d'autres points visibles à l'œil en atteignant 5 à 6 millimètres de diamètre et même davantage. Ces variations dans la dimension des alvéoles constituent la seule différenciation entre les divers points de la tumeur.

Ces alvéoles contiennent :

1° Un mucus coagulé fixant les colorants protoplasmiques.
2° Des éléments cellulaires.

Examinées à un fort grossissement (Nachet, obj. 1/12 homog. - oc. 4), ces cellules paraissent très variables comme forme et comme diamètre. Elles peuvent toutefois être ramenées à deux types principaux :

A. — Petites cellules ovalaires ou polygonales parfois étoilées, mesurant de 8 à 12 centimètres de diamètre avec un gros noyau ovalaire occupant une notable portion de la cellule. Ce noyau fixe vivement les réactifs et présente des figures mitosiques très nettes.

En général les cellules de ce type sont tassées les unes contre les autres au sein d'une alvéole qu'elles remplissent à peu près complètement.

B. — Grosses cellules régulièrement arrondies ou ovalaires mesurant de 18 à 25 μ de diamètre. Ces cellules sont quelquefois polynucléées, mais le plus souvent elles possèdent un seul noyau très

compact, vivement coloré, en forme de croissant ou de demi-lune et situé à l'un des pôles de la cellule. Le protoplasma réuni à l'autre pôle de la cellule est grossièrement granuleux, très réfringent, quelquefois vacuolaire. Ce protoplasma est quelquefois très abondant, d'autres fois le noyau très volumineux occupe une notable partie de la cellule.

Certaines de ces cellules sont déhiscentes et leur protoplasma se continue avec le mucus de l'alvéole qui les contient.

Ces grosses cellules sont disséminées ; on en trouve deux ou trois, quelquefois davantage, dans une alvéole pleine de mucus en même temps que quelques cellules du 1er type et que quelques cellules du même diamètre, mais polynucléaires.

Les parois de la poche kystique présentent la même structure que le reste de la tumeur, sauf que les éléments cellulaires du premier type y sont en majorité, que les travées conjonctives portent des capillaires plus nombreux et plus volumineux et que la presque totalité du tissu est envahie par de l'hémorragie interstitielle.

En résumé par ses caractères macroscopiques et histologiques, par ses caractères de malignité et ses métastases, cette tumeur semble identique à celles qui ont été décrites sous le nom d'endothéliome de l'ovaire.

Au point de vue de l'origine des cellules néoplasiques, l'étude de la paroi de la poche kystique est des plus intéressantes. En ces points les mailles du tissu conjonctif sont allongées et contiennent surtout des cellules du premier type. Celles-ci sont souvent marginées, groupées en une assise unique autour de l'alvéole, représentant l'endothélium, hypertrophie de ces fentes. Autour des capillaires sanguins on retrouve bien ces mêmes cellules, mais contenues dans l'intérieur des fentes qui entourent le capillaire sans jamais de prolifération endovasculaire.

Il s'agit donc d'endothéliome à point de départ lymphatique.

CONCLUSIONS

L'endothéliome de l'ovaire est une tumeur que l'on n'observe que rarement. Le premier cas de tumeur endothéliale parut en 1874 dans Archiv für Gynakolog. Depuis cette époque jusqu'à nos jours, nous n'avons pu trouver que 69 cas cités dans la littérature médicale.

Ayant par ses caractères macroscopiques l'aspect de toutes les tumeurs malignes de l'ovaire, l'endothéliome de l'ovaire se caractérise microscopiquement par la présence de fentes dont l'endothélium, par endroits reconnaissable, prolifère activement.

L'âge seul paraît influer comme une cause prédisposante de l'endothéliome de l'ovaire et il se montre surtout entre 40 et 50 ans.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute tumeur ovarienne maligne, douleurs, troubles de la menstruation, pertes anormales, œdème et retentissement sur l'état général. Les signes physiques sont, à l'inspection, le volume du ventre; à la palpation, la présence d'une tumeur bosselée dont le siège est dans les fosses iliaques, tumeur à consistance et à volume variable, mobile et flottante au milieu de l'ascite que l'on trouve dans presque tous les cas de tumeur endothéliale. Le

toucher vaginal permet de constater que la tumeur est d'origine ovarienne et tout à fait indépendante de l'utérus.

Le seul traitement rationnel est l'extirpation la plus rapide possible de la tumeur.

Quant au pronostic, il est relativement bénin, puisque sur 31 malades que l'on a pu suivre, 12 ont complètement guéri. Encore est-il vrai de dire que 5 seulement sur les 19 autres malades sont mortes de récidive sur places ou de métastases dans les intestins.

Vu, bon à imprimer:
Le Président de la thèse,
A. BOURSIER.

Vu:
Le Doyen,
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 10 juillet 1907.
Pour le recteur de l'Académie :
Le Doyen délégué,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1865. Hiss. — Ueber ein périvaskul. Kanalystem und nervosen Centralorganen, Leipzig.

1865. Hiss. — Beobachtungen über den Bau des Langetiereierstockes. Archiv f. mikroskop. Anat. Bd. I.

1870. Eberth. — Ueber die Blut. und Lymphgefasse. Virch. Archiv. B. d. 49.

1870. Golgi. — Zur Pathologie der Lymphgefasse des Gehirms Ref. in Virch. Archiv. B. d. 51

1871. Ebner. — Untersuchungen aus. d. Physiologie, Instit. in Graz.

1872 Szurnunski. — Inaug. Dissert. Breslau.

1874. Buckel und exner. — Ueber die Lymphege des Ovarums.

1874. Léopold. — Die Soliden Eierstocksgesch. Wulste. Archiv. für Gynakol.

1877. Gersler. — Ueber die Lymphgefasse des Hodens zeitschr. f. Anat. B. d. II.

1878. Kolaczel. — Ueber Augen sarkom. Zeitschrift f. Chirurg.

1878. Rhemstadter. — Centralbl. f. Gynak. N° 23.

1879. Marchand. — Zur Kenntniss der ovarialtumorem Halle.

1882. Olshausen und Petermann. — Die Histogenese und Histologie der Sarkom.

1882. Flaischen. — Zur Pathologie der Ovarien Zeitsch. f. Geb. und Gynakol. B. d. 7.

1883. CULLEN. — Auge Sarkoma ovarii centralbl. f. mediz Wissensch.

1886. LÉOPOLD UND OLSHAUSEN. — Krankheit in A. ovarien, Deutsche Chirurgie. 58.

1889. ECKARDT. — Ueber Endothelial. ovar. tumorem Zeitch. f. Geburg. und Gynakol. 16.

1889. MIRABEAU. — Perithél. ov. cyst. in Monatsch. f. Gebur. und Gynakol.

1890. VON VELITZ. — Endothelioma ovarii Zeitschr. f. Gebur. und Gynak.

1891. HILDEHAND. — Ueber tubul. Augessarkome Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. 5 s.

1891. V. ROSTHOM. — Zur Kenntniss des Endothelioma ovarii.

1893. AMANN. — Ueber ovarialsarkome Céntralbl. für Gynak.

1893. HIPPEL. — Zur Casuistik. der Augessarkome. Archiv. f. Gynakologie, Bd. 14.

1894. MULLER. — Ueber Carcium. und Endotheliome des Eierstocks. Archiv. für Gynakol. 41.

1895. BELLATI. — Sugli endotheliomi dell'oviao. Il Poliklinico. Vol. II, s. 164.

1895. FAYNET. — Kyste dermoïde et endothéliome. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 mars.

1896. FABRICIUS. — Perforation eines malignen. Ovar. tumorem. Wiener Klinik.

1896. F. KRUTENBERG. — Ueber Fibrosarcoma ovarii. Archiv. f. Gynak. Bd. 50.

1896. MARCHAND. — Zur Kenntniss der Ovarialtumorem Halle.

1896. ROSINSKI. — Zur Lehre von den Endothelialen. Ovarialtum. Zeitschrift f. Geb. und Gynakol.

1896. ZANGMEISTER. — Ueber sarcome des ovar. Inaugur. Dissertation, Heildelberg.

1896. GUFFROY. — Inaug. dissertation, Friburg.

1898. POLLACH. — Zur Kenntniss des Perithelioma ovar. Monatsschr. f. Geb. und Gynakol.

1898. TROVATI. — Contributo allo studio dell endothelioma dell endothelioma dell ovaio. Annali di ost. glos.

1899. Herz. — Zur Kenntniss des Endothelioma ovar. Monatsschr. f. Geb. und Gynakol.

1899. R. Krukenberg. — Beitrag zur Kenntnis des Perithelioma ovarii Zeitschr. f. Geb. und Gynak.

1899. Neumann. Dermoïdeystes eines übergahligen Eierstocks unit maligner. Archiv. f. Gynak.

1899. Henrotin et Herzog. — Endothelioma ovarii. American Journal of obstetrict, vol. XL, p. 785.

1900. Waldeyer. — Kittsubstanz und Grundsubstanz Epithel. und Endothel.

1900. Brouha. — Contribution à l'étude de l'endothéliome de l'ovaire. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, tome IV, p. 435.

1900. Linck. Ein Fall von Endotheliome lymphaticum dissertat Kœnigsberg.

1900. Wiedersheim. — Ueber einen Fall von Endothelioma des ovar. Dissert. Friburg.

1901. Bruckner. — De l'endothéliome de l'ovaire. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, tome V, page 459.

1901. Haake. — Ueber Geschwulstbildungen endothelialen Inaug. Dissert. Halle.

1902. Abadie. — Tumeur solide bilatérale de l'ovaire. Annales de Gynécologie. p. 62 bis.

1902. Stander. — Sarkome des ovar. Zeitschrift f. Geb. und Gynak. Bd. 47, S. 357.

1902. Soubeyran. — Endothéliome de l'ovaire. *Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris*. N° 7, p. 639.

1902. Apelt. — Ueber die endothelioma des ovar. Inaugur. Dissert. Leipzig.

1903. Lange. — Ein Fall von Endothelioma ovarii Centralbl. f. Gyn. s. 65.

1903. Shurmann. — Ein Fall von Endothelioma ovarii lymphat. Zeitschr. f. Geb. und Gynak. s. 23.

1903. Godart. — Endothéliome des deux ovaires. Mouvement hygiénique de Bruxelles, p. 169.

1903. Lincoln. — Endothelioma of the ovaries. *Cleveland medical Journal*. p. 29.

1904. Græfe. — Zwei Fall von Endo und Perithelioma ovarii. Archiv. für Gynak. Bd. 72 p. 373.

1904. Heinricius. — Ein Fall von Endothelioma ovarii. Archiv. f. Gynak. p. 323.

1904. Glockner. — Ein Fall von Endothelioma lymphaticum. Archiv. f. Gynakology.

1905. Barbour. — *Scottish médical and surgical Journal.*